

Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

Zyklothyme Depression und Suizidalität
Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungsbeginn
nach dem 40. Lebensjahr

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Wolfgang Franz Joseph Weig
aus Neustadt a. d. Waldnaab

1976 # 3 15

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

Zyklothyme Depression und Suizidalität
Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungsbeginn
nach dem 40. Lebensjahr

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Wolfgang Franz Joseph Weig
aus Neustadt a. d. Waldnaab

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer

Referent: Priv.-Doz. Dr. F. Böcker

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Juli 1976

Meiner Frau gewidmet



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhalt

	Seite
A. Einleitung	1
B. Eigene Untersuchungen	12
I. Material und Methode	12
II. Ergebnisse	17
1. Grundauszählung	17
a) Soziologische Daten	17
b) Krankheit	24
c) Testergebnisse	33
d) Suicidalität	36
2. Bedingungen der Suicidalität	38
III. Diskussion	62
C. Schlußbemerkung	80
 Zusammenfassung	 82
Literaturverzeichnis	83

Vorwort

Herrn Privatdozent Dr. Felix BÖCKER danke ich für die Überlassung des Themas und die geduldige Anleitung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. Hans Heinrich WIECK gebührt Dank für seine Bereitschaft, unsere Arbeit in vieler Hinsicht zu fördern. Herr Dipl.-Psych. Siegfried LEHRL stand in Fragen der Testpsychologie stets mit Rat und Tat zur Seite und half tatkräftig bei der statistischen Auswertung. Dankbar bin ich auch für die ständige enge Zusammenarbeit mit Frau cand. med. Gabriele STRASSER. Ohne das freundliche Entgegenkommen der Herren Prof. Dr. F. W. BRONISCH (Nürnberg), Dr. BENOS (Ansbach), Dr. KINZLER (Bayreuth), Dr. HOCK (Bamberg) und Obermedizinaldirektor Dr. HANN (Erlangen), die uns Untersuchungen in ihren Kliniken ermöglichten, wäre die Fertigstellung der Arbeit in einer überschaubaren Zeit nicht möglich gewesen.

Sehr bereitwillig halfen uns auch die jeweiligen Stationsärzte bei der Vorbereitung der Patientenbefragungen.

Frau Elisabeth SCHMUCK, Mömlingen, danke ich für die Anfertigung der Reinschrift.

Erlangen, Februar 1976

Wolfgang Weig

A. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland sterben in einem Jahr 13 000 Menschen durch Selbstmord. Die Zahl der Selbstmordversuche wird auf das fünf- bis sechsfache geschätzt. Um die Größenordnung anzugeben, sei ein Vergleich versucht: Der Straßenverkehr, als bedrohlicher Risikofaktor in aller Munde, fordert jährlich etwa 17 000 Menschenleben. (Der Zahlenvergleich ist der Broschüre "Suizid, das Risiko der Verzweiflung" der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung entnommen.)

Dabei hat die Häufigkeit von Suicidhandlungen in den letzten Jahren ständig zugenommen, wie E. STENGEL (32) für die Bundesrepublik insgesamt, G. DOTZAUER (10) für Hamburg und F. BÖCKER (2) für Köln nachgewiesen haben. Ein Anwachsen der Selbstmordversuche in der Zeit von 1950 - 1970 um das elffache in New Haven, USA, hat M. WEISSMAN (34) beschrieben. Schon allein solche Zahlen fordern zu einer eingehenden Beschäftigung mit dem Problem der Selbsttötung heraus.

Allerdings ist diese Herausforderung nicht neu, und sie wurde auch angenommen. Literarische Quellen zum Selbstmord finden sich schon im Alten Testament (z. B. 1 Sam 31,4; 1 Kön 16,18) und weiter in allen geschichtlichen Epochen. Dabei wurde der Selbstmord in älterer Zeit und bis in unsere Tage hinein vorwiegend unter juristischen Gesichtspunkten, als Vergehen, betrachtet.

Im römischen Kaiserreich unter Hadrian stand auf Selbstmordversuch die Enthauptung, im Mittelalter drohte dem Selbstmörder die Einziehung seines gesamten Vermögens. Bis heute versagt das kanonische Recht dem Selbstmörder ein kirchliches Begräbnis und sieht ihm eine "sepultura asinina" vor.

Erst mit der Aufklärung trat ein Wandel ein, der im Selbstmörder den verzweifelden, hilfsbedürftigen Menschen zu sehen lehrte. In Bayern wurde der Straftatbestand des Selbstmordversuches durch das, auf einen Entwurf FEUERBACHs zurückgehende, Strafgesetzbuch vom 6.5.1813 abgeschafft. Die russische Gesetzgebung tat den gleichen Schritt erst nach der Revolution von 1918, in Großbritannien und den USA setzte sich der Wandel in den 40er Jahren dieses Jahrhunderts durch. (Der geschichtliche Überblick wurde den Ausführungen von H. GRUHLE (14) entnommen.)

Während der nunmehr etwa 150jährigen Aera der wissenschaftlichen, medizinisch-psychologischen Auseinandersetzung mit dem Selbstmordproblem ist die einschlägige Literatur auf ein fast unübersehbares Ausmaß angewachsen. Zahlreich sind die Untersuchungen über statistische Zusammenhänge zwischen Suicid und soziologischen Gegebenheiten.

Einen Überblick über die ältere Literatur gibt H. GRUHLE (14); W. DE BOOR (8) führte die Zusammenstellung bis zum Jahre 1949 fort.

H. GRUHLE (14) nennt eine große Zahl von Faktoren, von denen hier nur einige referiert seien. Danach begehen mehr Männer als Frauen Selbstmord, mehr ältere Leute als jüngere, mit einem Altersgipfel allerdings schon im 3. bis 5. Lebensjahrzehnt. Geschiedene und verwitwete Personen sind mehr gefährdet als ledige und verheiratete. Katholiken finden sich unter den Selbstmördern seltener als Protestanten. Soziale und regionale Mobilität sowie hohe Bevölkerungsdichte steigern die Suicidalität. Schwierige Zeitumstände wie Krieg und wirtschaftliche Not lassen die Suicidalität abnehmen.

Als Motiv zur Selbsttötung fand H. GRUHLE am häufigsten "Melancholie". Eine echte Geisteskrankheit bestand bei 16,6 bis 44,2 % der von ihm erfaßten Patienten in den Jahren 1860 bis 1890.

Während des 19. Jahrhunderts stieg die Zahl der Selbstmordhandlungen nach seinen Beobachtungen stetig an.

Die im vorigen Abschnitt genannten Zusammenhänge wurden von späteren Autoren in ähnlicher Form bestätigt, so zuletzt 1974 durch P. WELFHÖFER (36). Den Versuch einer umfassenden Theorienbildung zum Selbstmordproblem unternimmt E. RINGEL in mehreren Schriften (23, 24, 25, 26). Er stellt das Überwiegen einer zur Selbstvernichtung führenden Disposition über das mehr zufällige Motiv heraus. Für die Entstehung einer solchen Disposition seien Kindheitserlebnisse entscheidend. Zerrüttete Familienverhältnisse, besonders

auch der Verlust der Mutter, spielten eine große Rolle. In der Pubertät könnten belastende Ereignisse die Persönlichkeit noch einmal in besonderem Ausmaß beeinflussen. Später seien es dann gescheiterte Ehen, berufliche Mißerfolge und körperliche Krankheiten, die "traumatisierend" wirkten. Eine Schlüsselrolle für die Entstehung selbstzerstörerischer Tendenzen komme der Angst zu. Es bilde sich schließlich bei dazu disponierten Menschen das "praesuicidale Syndrom" heraus. E. RINGEL versteht darunter eine gesetzmäßige Entwicklung in drei Stadien: erstens komme es zu einer Einengung der Erlebnis- und Gefühlswelt, zweitens zu einer verstärkten, zugleich aber über lange Zeit gehemmten Aggression, drittens zur Flucht aus der Realität in eine Phantasiewelt. Der Betroffene isoliere sich mehr und mehr, er verliere die Fähigkeit zu lieben und jeden Wertbezug. Werde der verhängnisvolle Weg nicht aufgehalten, münde er in Todesphantasien und endlich Selbstvernichtungshandlungen. Im Rahmen seiner "Individualpsychologie" sucht A. ADLER (1) den Selbstmordimpuls zu verstehen und faßt ihn auf als einen "vollständigen Rückzug von den Lebensproblemen, aktiven Protest gegen nützliche Mitarbeit" (a.a.O. S. 87). Bei den Menschen, die zu Selbstmordhandlungen neigten, handle es sich um Persönlichkeiten, die "sich zu viel vom Leben erwarteten und daher leichter als andere enttäuscht seien". Besonders Mangel an Anerkennung rufe bei ihnen depressive Reaktionen hervor, die sie zum Suicid treiben könnten.

Während in der älteren Literatur Suicid und Suicidversuch weitgehend gleichgesetzt wurden, sind in den vergangenen Jahren verstärkt die Unterschiede betont worden.

P. RÜEGSEGGER (28) weist darauf hin, daß Suicidversuche im Gegensatz zu vollendeten Suiciden häufiger von Frauen unternommen werden, daß sie zehnmal häufiger sind als Suicide. Nur 5,3 % derer, die einen Selbstmordversuch unternehmen, kommen in den folgenden sieben Jahren durch Selbstmord zu Tode. P. RÜEGSEGGER weiß sich mit E. STENGEL (32) darin einig, daß im appellativen Charakter des Selbstmordversuches die "grundsätzliche Tendenz zum Weiterlebenwollen unter günstigeren Bedingungen" aufscheine im Gegensatz zur "Flucht aus dem Dasein" beim Suicid (a.a.O. S. 100).

G. WIENDIECK (38) fand am häufigsten interpersonale Konflikte als Ursachen eines Suicidversuches. Seine Durchführung signalisiere eine tiefgreifende Kommunikationsstörung mit der Umgebung. Unter Berufung auf eine Arbeit von DORPAT und BOSWELL aus dem Jahre 1963 ergänzt G. WIENDIECK, 53 % aller Selbstmordversuche würden vorher angekündigt.

Über Suicide und Suicidversuche in der Stadt Köln zwischen 1950 und 1967 hat F. BÜCKER (2) berichtet. Er ging dem Einfluß des Lebensalters, des Geschlechts, der Berufsgruppe, der Religionszugehörigkeit sowie psychischer Krankheiten auf die Suicidalität nach. Aus seinen Ergebnissen leitet F. BÜCKER Forderungen für eine wirksamere Prophylaxe ab. Auf die Besonderheiten des

Selbstmordes bei alten Menschen hat derselbe Autor wiederholt hingewiesen (3, 4, 5). Innere und äußere Vereinsamung sowie körperliche Gebrechen sind nach seinen Ergebnissen Ursachen von Suicidhandlungen, die speziell im höheren Lebensalter eine Rolle spielen. Daraus ergeben sich als therapeutische Konsequenzen die Notwendigkeit der sozialen Eingliederung sowie einer sorgfältigen Behandlung somatischer Grundleiden. G. WIENDIECK und C. BESOZZI fanden, daß der Selbstmord älterer Menschen oft als verständlich oder gar sinnvoll empfunden wird, da viele Befragten im Alter nur eine Last sahen (39). Ältere Menschen teilten diese Meinung nicht selten selbst. Sie sahen im Tod eher einen Ort der Ruhe als ein furchterregendes Ereignis. Aus geriatrischer Sicht hat auch G. SIEGMUND (31) die besondere Selbstmordgefährdung älterer Menschen betont.

Einen erheblichen Risikofaktor für Selbstmorde und Selbstmordversuche bedeutet das Bestehen einer zyklischen Depression. Darin sind sich alle Autoren einig. Eine besondere Gefährdung wurde im Beginn der Erkrankung beobachtet, z. B. von H. GRUHLE (14).

Von vielen Autoren wird die Meinung vertreten, der Suicid des Patienten mit zyklischer Depression sei ebenso wie der des an Schizophrenie Erkrankten nur von der Krankheit bestimmt und daher unabwendbar, es sei denn durch ständige Beaufsichtigung. In diesem Sinne schreibt

H. GRUHLE a.a.O. S. 150:

"Dem Selbstmord beginnender echter Psychosen kann kaum jemand zuvorkommen, es sei denn ... mit dem rohen Eingriff der Anstaltsinternierung. Eine echte Melancholie ist oft in der Durchführung der Selbstmordpläne ungewöhnlich raffiniert."

Auch E. RINGEL (23) sah besonders viele Selbstmorde am Beginn der Erkrankung. Die Suicidhandlungen zyklotyper Patienten in seinem Beobachtungsgut waren besonders ernst, oft eruptiv und die Wiederholungstendenz war gesteigert. H. H. WIECK verweist in seinem Lehrbuch (37) auf die Selbstmordgefahr als besonderes Problem bei der Behandlung zyklotyper Patienten. Er hebt hervor, daß bei ihnen häufig auch religiöse Bindungen als Schutz versagten.

O. BUMKE (6) hält es wegen der Suicidgefahr für einen Kunstfehler, zyklotype Kranke der ständigen stationären Überwachung zu entziehen.

Ihre These von der ungünstigen Prognose der Zyklotymie, vor allem der in späteren Lebensjahren auftretenden, gründet M. KINKELIN (16) nicht zuletzt auf die Selbstmordgefährdung bei dieser Krankheit.

P. ZIESE (41) sieht in der Suicidhandlung des krankhaft depressiven Menschen allein die Konsequenz seiner krankheitsbedingten autoaggressiven Haltung und verneint den ungünstigen Einfluß der Herkunft aus einer "broken-home"-Situation.

Die Erhebungen von G. D'ELIA und C. PERRIS in Schweden (9) lassen ebenfalls eine allein krankheitsbedingte Entstehung suicidalen Tendenzen bei der Zylothymie vermuten. Sie sahen bei 20 - 25 % ihrer Patienten Selbstmordversuche, und zwar häufiger bei bipolaren als bei unipolaren Krankheitsverläufen.

Im Gegensatz zu den beiden letztgenannten Untersuchungen vermutet J. GREGER (13), für das Suicidverhalten auch zylothym-depressiver Menschen seien neben der Krankheit andere Faktoren, wie etwa familiäre oder religiöse Bindung, maßgeblich. Er verzichtete aber auf eine Überprüfung seiner Vermutung.

Einen hemmenden Einfluß präorbider Wertinhalte auf Selbstmordneigungen bei endogenen Psychosen nimmt F. BÖCKER (2) an. Andererseits lassen nach seinen Ausführungen beim Vorliegen einer endogenen Depression "Qual, innere Not und das Gefühl völligen Ausgeliefertseins kaum noch Platz für andere Überlegungen."

In der osteuropäischen Literatur der letzten Jahre findet sich nur eine Arbeit, die sich mit dem Problem des Suicidversuches bei endogenen Depressionen auseinandersetzt. Eine entsprechende Literatursuche wurde mit Hilfe des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information, Köln, durchgeführt.

E. P. ELOZO (11) untersuchte 479 Patienten mit depressiv gefärbten Psychosen, die beim Ausbruch der Krankheit älter als 40 Jahre waren. Davon litten 46 Probanden an manisch-depressiven Psychosen. Bei dieser Gruppe traten in 19,56 %

Suicidversuche auf, in 58,70 % Suicidgedanken, in 21,74 % fehlten Suicidtendenzen. Im Vergleich mit anderen Krankheitsbildern ist die Zylothymie weitaus am häufigsten mit Suicidtendenzen verknüpft (78,26 % im Vergleich zu 69,61 % in der Gesamtgruppe). Diese Aussage behält ihre Gültigkeit auch dann, wenn man die Suicidhandlungen auf die Zahl der Phasen bzw. Schübe bezieht, die im jeweiligen Krankheitsverlauf aufgetreten sind. Mehr als die Hälfte der 125 untersuchten zylothymen Phasen ging mit Suicidtendenzen einher. Dabei unterschieden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer gesamten Suicidalität nicht signifikant.

Der Autor geht dann noch der Frage nach, inwieweit die Ausgestaltung der jeweiligen Phase Einfluß auf die Suicidalität hat. Suicidgedanken fand er gehäuft bei agitierten Kranken, in zweiter Linie bei gehemmten; Suicidversuche traten mit höchster Frequenz im Rahmen reaktiv gefärbter Phasen auf, an zweiter Stelle folgen hier Zustandsbilder, die als "verträumt" ¹⁾ bezeichnet werden.

Diese Zusammenhänge ändern sich aber deutlich, betrachtet man die Ausgestaltungsformen getrennt nach den Krankheitseinheiten, in deren Rahmen sie auftreten. So sind Suicidhandlungen im

1) Das entsprechende russische Wort bedeutet "verträumt, phantasievoll", aber auch "faselnd, unsinnig". Es ist nicht ganz klar, welchem deutschen Terminus es hier entspricht.

Anmerkung des Übersetzers.

Verlauf manisch-depressiver Psychosen in agitierten und "verträumten" Phasen seltener, in hypochondrisch gefärbten Phasen weitaus häufiger als dem Durchschnitt bei allen Erkrankungen entspricht. Krankheitseinheit und Ausgestaltung zusammen bestimmen also die Suicidalität und können nach Meinung E. P. ELOZOS als Maß für die Gefährdung in der Praxis dienen.

Der Versuch einer Erfassung des Suicidrisikos aus der Kenntnis suicidbedingender Faktoren wurde mehrfach unternommen, so von W. PÖLDINGER (22) oder mit der "Suicidal Behaviour Risk rating Scale" von N. CHOWDHURY (8). Die Effektivität der Risikoliste nach W. PÖLDINGER ist allerdings von H. PADRUTT (21) bestritten worden.

Eine nähere Erörterung der Bedingungen des Suicidverhaltens von zyklischen Patienten steht bisher aus. Es geht um die Frage, welcher Einfluß der Krankheit und anderen, krankheitsunabhängigen Faktoren für die Entstehung von Suicidtendenzen zukommt und welche Einflüsse ihre Realisierung verhindern können. Erhebliche praktische Konsequenzen können erwartet werden.

Die vorliegende Arbeit versucht der genannten Frage nachzugehen. Sie beschränkt sich dabei auf Untersuchungen an Patienten, die zum Zeitpunkt des ersten Auftretens einer zyklischen Phase mindestens 40 Jahre alt waren. Eine analoge Erhebung an Kranken mit niedrigerem

Manifestationsalter der Psychose von G. STRASSER liegt vor (33). Die Altersbeschränkung wurde in Anlehnung an J. KROME (17) gewählt. Sie dient der Abgrenzung zu der Arbeit von G. STRASSER.

B. Eigene Untersuchung

I. Material und Methode

In die Hauptuntersuchung wurden 50 Patienten einbezogen. Alleinige Kriterien für die Berücksichtigung waren: erstens die gesicherte Diagnose "zyklothyme Depression" - für die Sicherung waren die Eintragungen im Krankenblatt, die Angaben des Stationsarztes und der eigene Eindruck maßgeblich -, zweitens das Auftreten der Krankheit frühestens im 40. Lebensjahr. Die in Frage kommenden Patienten informierten wir über den Zweck der Untersuchung und baten sie um ihr Einverständnis. Mit einer Ausnahme waren alle Angesprochenen zu einer Mitwirkung bereit.

Da die erforderliche Zahl von Patienten in einer angemessenen Zeit in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen nicht zur Verfügung stand, bezogen wir mit freundlicher Erlaubnis der jeweiligen Direktion Patienten von fünf Nervenkliniken und Bezirkskrankenhäusern in umliegenden fränkischen Städten ein. Die Verteilung unseres Beobachtungsgutes auf die einzelnen Häuser ist aus Tab. 1 ersichtlich.

Die Hauptuntersuchung wurde in der Zeit von Mai bis Dezember 1974 durchgeführt. Vorausgegangen ist eine Voruntersuchung an zehn Patienten gemeinsam mit G. STRASSER. Sie diente der Aufstellung eines Untersuchungsschemas und der Einarbeitung in die Methode.

Tab. 1. Kliniken, in denen die Patienten
behandelt wurden

Klinik	Zahl der Patienten
Universitätsnervenklinik Erlangen	29
andere Kliniken	21
davon:	
Nervenklinik St. Getreu Bamberg	7
Psychiatrische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg	4
Bezirkskrankenhaus Bayreuth	4
Bezirkskrankenhaus Ansbach	3
Bezirkskrankenhaus Erlangen	3
zusammen	50

Alle Patienten wurden zunächst exploriert. Dabei wählten wir einen halbschematischen Untersuchungsgang. Das bot zum einen die Gewähr, keine wesentlichen Fragen zu vergessen, zum anderen erleichtert es die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen von G. STRASSER. Ein allzu starres Schema hinwiederum hätte den Kontakt zum Patienten und die Möglichkeit, spontane Äußerungen zu berücksichtigen, unnötig erschwert. Das Ergebnis der Exploration ergänzten fremdanamnestic Hinweise, die wir den Eintragungen im Krankenblatt entnehmen oder bei Rücksprachen mit dem jeweiligen

Stationsarzt, seltener durch kurze Gespräche mit Angehörigen der Patienten erfuhren. In einigen Fällen war durch Erkundigungen beim Stationsarzt einige Zeit nach unserer Exploration eine kurzfristige Verlaufsbeobachtung möglich. Ferner unterzogen wir die Patienten einer kleinen Testbatterie. Wir wollten damit unsere Untersuchungsergebnisse objektivieren, aber auch der Frage nachgehen, inwieweit einige ausgewählte psychologische Tests bei der Abschätzung des Suicidrisikos hilfreich sein können. Zunächst sollte die Intelligenz gemessen werden. Dazu diente uns der Mehrfach-Wortwahltest MWT-B, der von S. LEHRL und Mitarbeitern in der Abteilung für Psychopathometrie der Universitäts-Nervenlinik Erlangen entwickelt wurde (18).

Er ist rasch und problemlos durchführbar, seine Testwerte korrelieren nach den vorliegenden Ergebnissen gut mit denen weit aufwendigerer Tests. Die Entwicklung des Verfahrens speziell für klinische Zwecke ließ es für unsere Patienten als besonders geeignet erscheinen. Die im Wortwahl-Test erreichte Punktzahl kann mit Hilfe einer von den Autoren angegebenen Tabelle dem Intelligenzquotienten IQ oder dem Prozentrang PR zugeordnet werden (S. LEHRL, 18).

Zur Bestimmung der Tiefe der Depression setzten wir die von D. v. ZERSSEN (40) angegebene Befindlichkeitsskala ein, mit der der Patient seine Stimmungslage beschreiben soll. Typische Punktwertbereiche für verschiedene Gruppen, so auch für zylothym-depressive Probanden, sind bekannt.

Schließlich legten wir unseren Patienten noch das Freiburger Persönlichkeits-Inventar in der Kurzform FPI-K vor. Zu diesem Test ist eine ausführliche Anleitung erschienen (12). Der FPI-K soll über folgende Persönlichkeitsmerkmale Aufschluß geben: Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Gehemmtheit, Offenheit, Extraversion, emotionale Labilität und Maskulinität.

Eine Umrechnung unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht auf Quartilwerte ist möglich. Dabei bedeutet die 1. Quartile, daß der Testwert des Patienten im Bereich des Viertels seiner Vergleichsgruppe mit den niedrigsten Punktwerten liegt usw.

Alle Ergebnisse wurden für jeden Patienten tabelliert, die Häufigkeit einzelner Faktoren gezählt. Dann bildeten wir nach Maßgabe der Suicidtendenzen drei Gruppen: erstens die Patienten, bei denen es zu Suicidhandlungen gekommen war, zweitens eine Gruppe mit Suicidgedanken, die nicht zu entsprechenden Handlungen geführt hatten und schließlich drittens Patienten, bei denen gar keine Suicidtendenzen nachweisbar waren. Für jede Gruppe wurde dann getrennt die relative Häufigkeit des Auftretens einzelner Merkmale bestimmt und mit derjenigen in der Gesamtgruppe verglichen. Wo sich Zusammenhänge zeigten, wurden sie mit dem χ^2 -Test (29) auf Signifikanz geprüft. Hierfür mußten die drei Gruppen auf zwei reduziert werden. Bei einigen Merkmalen bestanden signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe mit Suicidversuchen und den beiden

anderen, seltener unterschied sich die Gruppe ohne Suicidtendenzen von allen anderen. Die Irrtumswahrscheinlichkeiten wurden sowohl für den einseitigen als auch für den zweiseitigen χ^2 -Test bestimmt. Dabei erfordert der einseitige Test, bei dem die Signifikanz schon bei niedrigeren Werten von χ^2 als bewiesen gilt, die Annahme, Abweichungen des untersuchten Merkmals seien nur in einer Richtung möglich. Der zweiseitige Test verzichtet auf diese Voraussetzung.

82 ausgewählte Parameter je Patient konnten außerdem einer Korrelationsberechnung durch S. LEHRL am Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg unterzogen werden. Der Korrelationsfaktor r für die Beziehung eines jeden Faktors mit jedem anderen wurde errechnet. Die Signifikanzprüfung geschah nach dem Verfahren von FISHER (29). Wir interessierten uns hauptsächlich für den Einfluß aller anderen 81 Größen auf das Merkmal "Suicidalität", das entsprechend den oben erwähnten drei Gruppen eingegeben worden war.

II. Ergebnisse

Im folgenden soll zunächst die Häufigkeit einzelner Merkmale bei der Gesamtzahl der Patienten angegeben werden. Dann werden die Zusammenhänge mit der Suicidalität im einzelnen dargestellt.

1. Grundauszählung

a) Soziologische Daten

Von den untersuchten Patienten waren 40 Frauen und 10 Männer. Zwar ist das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei zyklischen Erkrankungen allgemein bekannt, doch übertrifft das Verhältnis Frauen : Männer bei unserem Untersuchungsgut das in den Übersichten von F. BÖCKER (2) und H. H. WIECK (37) genannte von 2 : 1 bis 2,5 : 1 noch bei weitem.

Die Altersverteilung zur Zeit der Untersuchung ist aus Abb. 1 ersichtlich. Der älteste Patient war 76 Jahre alt, der jüngste - entsprechend der vorgegebenen Altersgrenze - 40 Jahre. Das Durchschnittsalter lag bei 57,3 Jahren. Bei einer Zehn-Jahres-Einteilung wie in Abb. 1 ist die Verteilung annähernd gleichmäßig mit einem leichten Überwiegen der mittleren Gruppen. Unterdurchschnittlich vertreten ist die Gruppe der 65- bis 69-jährigen. Die stärkste Altersgruppe stellen die 60- bis 64-jährigen. Eine getrennte Betrachtung der Altersverteilung nach Geschlechtern schließt sich an. Während die Werte für die Frauen denen der Gesamtverteilung sehr nahe kommen (Abb. 2), sind die Männer im

Durchschnitt jünger, mit einem mittleren Lebensalter von 51,9 Jahren und einem Altershäufigkeitsgipfel schon bei den 45- bis 49-jährigen (Abb. 3). Doch verbietet es die geringe absolute Zahl der untersuchten Männer, diesen Unterschieden wesentliche Bedeutung beizumessen.

Abb. 1. Altersverteilung

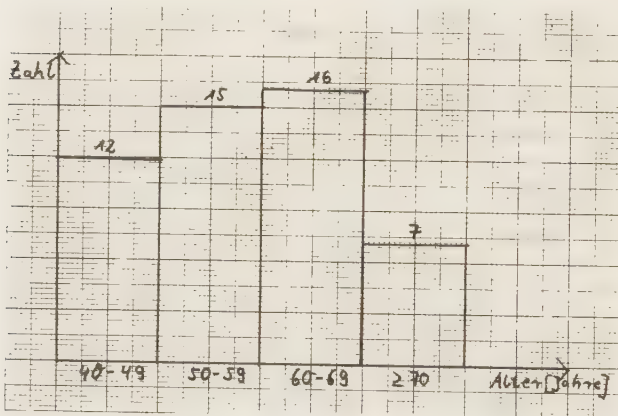


Abb. 2. Altersverteilung. Männer

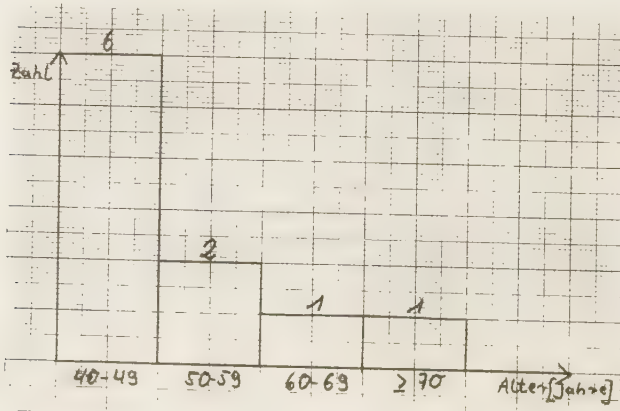
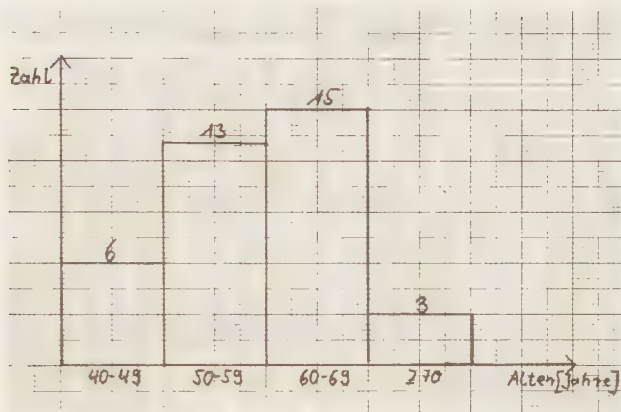


Abb. 3. Altersverteilung. Frauen



Alle unsere Patienten gehörten christlichen Kirchen an. 31 waren evangelisch, 19 römisch-katholisch. Auf eine Differenzierung nach den verschiedenen evangelischen Kirchen wurde verzichtet. Wieweit die Verteilung repräsentativ ist, war bei der konfessionell sehr unterschiedlichen Prägung der zum Einzugsbereich der Klinik gehörenden Gebiete nicht festzustellen.

Etwa ein Viertel der Befragten bezeichneten ihre religiöse Bindung als tief, Katholiken prozentual etwa ebenso häufig wie Protestanten. Gar keine religiöse Bindung hatten dagegen Angehörige evangelischer Kirchen weit häufiger als Katholiken (Tab. 2).

Der Großteil aller Untersuchten war verheiratet. Die zweitgrößte Gruppe stellten die Verwitweten, es handelte sich ausschließlich um Frauen. Dagegen war der Anteil der Geschiedenen bzw.

getrennt lebenden größer bei den Männern.
Lediglich vier Frauen waren ledig (Tab. 3).
Von den verheirateten Patienten waren drei,
nämlich zwei Männer und eine Frau, früher be-
reits verwitwet bzw. geschieden und noch eine
zweite Ehe eingegangen.

Tab. 2. Konfessionszugehörigkeit und Tiefe
der religiösen Bindung

Konfession	religiöse Bindung			zusammen
	tief	vorhanden	keine	
evangelisch	16	4	11	31
katholisch	9	9	1	19
zusammen	25	13	12	50

Tab. 3. Familienstand

Familienstand	männlich	weiblich	zusammen
ledig	-	4	4
verheiratet	7	21	28
verwitwet	-	10	10
geschieden	2	4	6
getrennt lebend	1	1	2
zusammen	10	40	50

Als nächstes Merkmal erfaßten wir den Beruf. Da sich der ursprünglich erlernte vom später ausgeübten Beruf nicht selten unterschied, stellten wir beide getrennt dar. Bei den Männern überwiegen Arbeiter, Beamte und Angestellte des einfachen und mittleren Dienstes sowie Landwirte, bei den Frauen mit weitem Abstand die Hausfrauen (Tab. 4).

Tab. 4. a) Erlernte Berufe

Beruf	männlich	weiblich	zusammen
Landwirte	2	-	2
Arbeiter	-	5	5
Angestellte/ Beamte	1	9	10
ltd. Angest./ höhere Beamte	-	1	1
Handwerker	6	-	6
Geschäfts- leute	-	-	-
Hausfrauen	-	-	-
Rentner	-	-	-

Tab. 4. b) Ausgeübte Berufe

Beruf	männlich	weiblich	zusammen
Landwirte	2	-	2
Arbeiter	3	2	5
Angestellte/ Beamte	2	3	5
ltd. Angest./ höhere Beamte	-	-	-
Handwerker	1	-	1
Geschäfts- leute	1	-	1
Hausfrauen	-	28	28
Rentner	1	7	8

Eine soziologische Einteilung nach Unter- und Mittelschicht erfolgte aufgrund der Berufszugehörigkeit bzw. (bei nicht selbst berufstätigen Frauen) der des Mannes. Der Oberschicht war keiner unserer Patienten zuzuordnen. Angehörige der Unterschicht sind häufiger vertreten als solche der Mittelschicht (Tab. 5).

Tab. 5. Zugehörigkeit zu sozialen Schichten

Unterschicht	34
Mittelschicht	16
zusammen	50

Die entsprechenden Zahlen für die Herkunftsfamilien unterscheiden sich nicht wesentlich (Tab. 6).

Tab. 6. Schichtenzugehörigkeit der Eltern

Unterschicht	24
Mittelschicht	26
zusammen	50

Ergänzend sei noch der höchste Schulabschluß unserer Patienten angegeben (Tab. 7). Eine weiterführende Schule war nur in wenigen Fällen besucht worden.

Tab. 7. Höchster Schulabschluß

Volksschule	41	Abitur	2
mittlere		Studium	1
Reife	6		

Geographisch kamen die meisten unserer Patienten entsprechend dem Einzugsgebiet der berücksichtigten Nervenkliniken aus den bayerischen Regierungsbezirken Mittelfranken, Oberfranken, Oberpfalz und Unterfranken, nur eine Minderheit aus anderen Gegenden Deutschlands. Sechs hatten als Flüchtlinge oder Vertriebene ihre Heimat verloren.

Zu je etwa einem Drittel lebten die Kranken in kleineren und mittleren Städten (5 bis 100 000 Ew.), in großstädtischen Ballungsräumen und auf dem Lande (Tab. 8).

Tab. 8. Größe und Struktur der Heimatorte

Ländliche Gebiete	13
Klein- und Mittelstädte	20
Großstädte	17
zusammen	50

b) Krankheit

Die Familienanamnese war in sieben Fällen mit zyklischen Erkrankungen, ebenso häufig mit anderen psychischen Krankheiten belastet. Diese Werte liegen weit unter den von M. KINKELIN (16) oder auch G. STRASSER (33) gefunden. Die denkbare Erklärung, daß der Erbeinfluß mit dem höheren Manifestationsalter zurücktritt, kann an den geringen Zahlen nicht überprüft werden. Bei acht Kranken fanden sich in der Eigenanamnese schwere körperliche Erkrankungen (Tuberkulose, bösartige Geschwülste, schmerzhafte Gelenkerkrankungen). 13 Patienten waren nach ihren eigenen Angaben schon vor dem Auftreten der ersten Phase psychisch auffällig gewesen, in Form von geringer Belastbarkeit,

Kontaktschwäche und Nervosität.

Die Zykllothymie hatte sich zwischen dem 40. und dem 71. Lebensjahr manifestiert, im Mittel mit 50,2 Jahren. Bei den Frauen trat die erste Phase durchschnittlich später auf (52,7 Jahre) als bei den Männern (47,7 Jahre), (Einzelheiten siehe Abbildungen 4, 5 und 6).

Abb. 4. Manifestationsalter der Krankheit

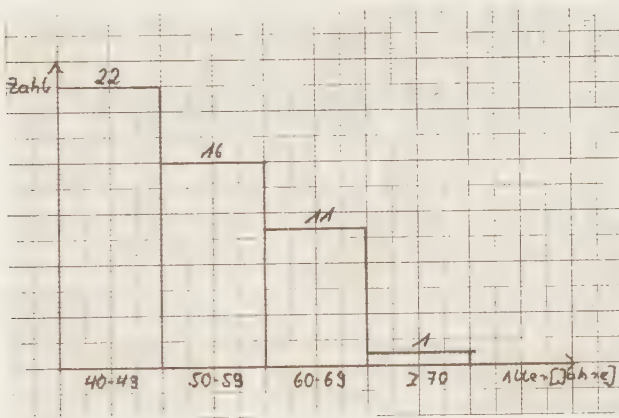


Abb. 5. Manifestationsalter. Männer

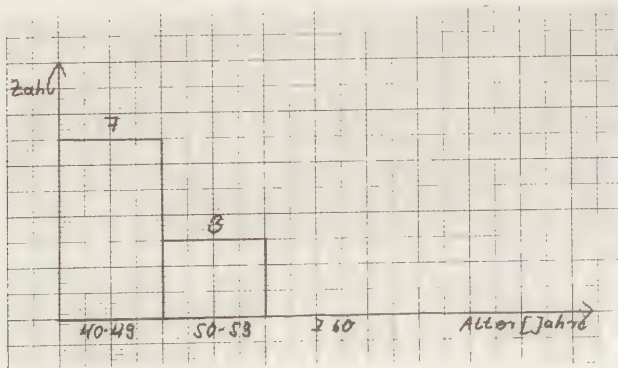
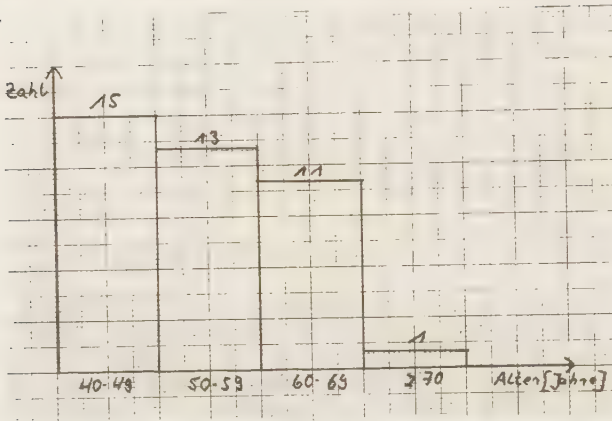


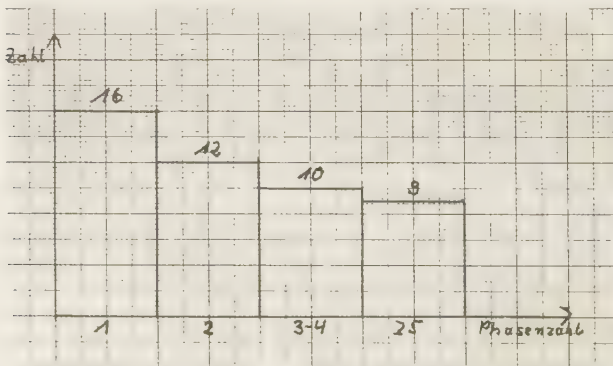
Abb. 6. Manifestationsalter. Frauen



46 Erkrankungen waren bisher unipolar verlaufen, nur in vier Fällen war es auch zu manischen Phasen gekommen.

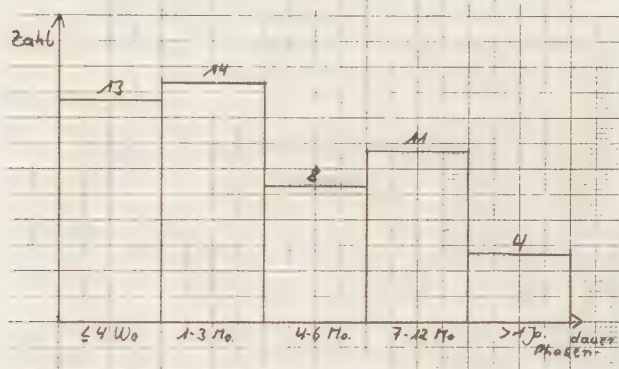
Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten die Kranken zwischen einer und 15 Phasen durchgemacht (Abb. 7).

Abb. 7. Zahl der Phasen



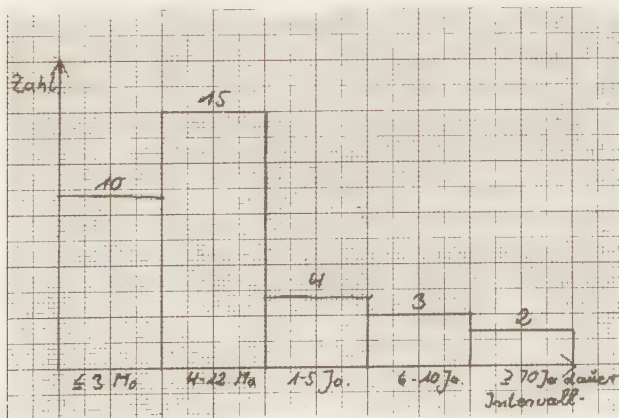
Die Phasen dauerten zwischen einigen Wochen und zwei Jahren, im Mittel 6,5 Monate (Abb. 8).

Abb. 8. Dauer der Phasen



Zwischen den Phasen lagen Intervalle von einigen Wochen bis zu 20 Jahren Dauer. Durchschnittlich dauerte die erscheinungsfreie Zeit 1,7 Jahre (Abb. 9).

Abb. 9. Dauer der Intervalle



Ein Drittel der Patienten, die mehrere Phasen durchgemacht hatten, empfanden die Krankheit jedesmal als gleichschlimm, etwa genauso viele glaubten an eine Verschlimmerung der Beschwerden. Der Rest gab an, es habe unregelmäßige Schwankungen im Befinden gegeben. Gebessert hatte sich die subjektive Schwere der Krankheit im Lauf der Zeit nie (Tab. 9).

Tab. 9. Änderung der Beschwerden von Phase zu Phase

Verschlimmerung	17
Schwankungen	2
Besserung	-
keine Änderung	16
keine Angaben	15

Entsprechend unserem Auswahlverfahren waren alle Untersuchten stationär behandelt worden. Die ärztliche Behandlung hatte in der ersten Phase in 37 Fällen innerhalb eines Monats nach Auftreten der Symptome eingesetzt, 13 mal erst später. In späteren Phasen gingen drei Patienten früher zum Arzt als beim ersten Mal, elf warteten länger. Die Behandlung erfolgte in der Regel mit antidepressiven Psychopharmaka. Bei vier Patienten war eine Behandlung mit Heilschlaf, bei zweien eine Elektrokrampf-Therapie durchgeführt worden. Den Erfolg der Behandlung bezeichneten 32 Patienten als gut, 10 als nur

mäßig, 8 meinten, es habe gar nicht geholfen. Alle Patienten klagten über Stimmungsbeeinträchtigungen und vegetative Störungen, die meisten auch über körperliche Beschwerden (Tab. 10, 11, 12).

Tab. 10. Stimmungsveränderungen zur Zeit der Untersuchung

Art	Zahl der Patienten
ängstlich	23
traurig	26
depressiv	18
unruhig	8
verzweifelt	7
zusammen	50 (auch Mehrfachnennungen)

Tab. 11. Körperliche Beschwerden zur Zeit der Untersuchung

Verdauungsbeschwerden	16
"Druck auf der Brust"	13
Kopfweh	13
sonstige Schmerzen	7
andere Beschwerden	12
insgesamt bei	48 Patienten
(auch Mehrfachnennungen)	

Tab. 12. Vegetative Störungen zur Zeit der
Untersuchung

Schlaflosigkeit	42
Appetitlosigkeit	35
Libidoverlust	10
Schwitzen	4
insgesamt bei	50 Patienten
(auch Mehrfachnennungen)	

Tagesschwankungen des Befindens gaben 60 % der Untersuchten an, meist mit Stimmungstief am Morgen (50 %), seltener am Abend (10 %). Zur Ausbildung eines katathymen Wahns kam es bei 18 Krankheitsverläufen. Bei 12 dieser Kranken herrschte eine Schuldthematik vor (Tab. 13).

Tab. 13. Thematik des katathymen Wahns

Schuld	12
Verarmung	4
Eifersucht	1
andere Inhalte	1
zusammen	18

Die Bewertung der Beschwerden als zykllothyme Leitsymptome erfolgte im Sinne der Syndromreihen und Ausgestaltungsformen nach H. H. WIECK (37).

Gut zwei Drittel der Patienten vermuteten äußere Gründe für ihre Krankheit. Zumeist wurden das Wetter, Aufregungen oder körperliche Erkrankungen angeschuldigt (Tab. 14).

Tab. 14. Erklärungsversuche für das Auftreten der Krankheit

körperliche Erkrankungen	5
Aufregung	9
Wetter	10
Umzug	2
andere Gründe	8
zusammen	34

In acht Fällen traten die Phasen regelmäßig zu bestimmten Jahreszeiten auf, meist im Frühjahr. Die Reaktion der Umgebung nannten weit mehr als die Hälfte der Kranken verständnisvoll (Tab. 15).

Tab. 15. Reaktion der Umgebung auf die Krankheit

hilfreich	4
verständnisvoll	28
verständnislos	13
keine Angabe	5

Zum Zeitpunkt der Untersuchung konnten wir die Symptome der Depression meist deutlich

nachweisen, zwei Patienten zeigten eine hypomanische Nachschwankung, einer eine ausgeprägte Manie. Ein Befragter war zur Zeit unserer Untersuchung klinisch unauffällig, die depressive Phase war bereits abgeklungen. Die jeweilige Ausgestaltung der Erkrankung, so wie sie uns vor Augen trat, suchten wir in einer vierstufigen Skala mit Hilfe von sechs Kategorien zu beschreiben. 0 bedeutet dabei, daß das betreffende Adjektiv auf den Zustand des Kranken überhaupt nicht zutrifft, xxx zeigt eine weitgehende Übereinstimmung des Erscheinungsbildes mit der betreffenden Kategorie an (Tab. 16).

Tab. 16. Ausgestaltung der jetzigen Phase

Merkmal	0	x	xx	xxx	x-xxx zusammen
gehemmt	21	3	12	14	29
agitiert	28	7	13	2	22
ängstlich	31	6	9	4	19
hypochondr.	29	12	6	3	21
jammrig	43	2	3	2	7
depressiv	33	3	11	3	17

Eine Einteilung nach dem Schweregrad der Erkrankung stieß auf große Schwierigkeiten, da anerkannte Kriterien, die eine Messung der Depressionstiefe erlaubten, bisher fehlen. Wir versuchten eine Einteilung in drei Schweregrade nach der Dauer der Phasen und

Intervalle, dem Ausmaß der subjektiven (vorgebrachte Klagen) und objektiven (z. B. Arbeitsunfähigkeit) Beeinträchtigungen sowie nach dem Ausdrucksverhalten vorzunehmen. Für die Beurteilung des Ausdrucks schien uns die Sprache besonders aufschlußreich. Patienten, die besonders leise und wenig moduliert sprachen, schienen auch sonst stärker von der Krankheit beeinträchtigt zu sein als andere. Nach dieser Einteilung waren 9 Krankheitsverläufe als leicht, 22 als mittelschwer und 19 als schwer einzustufen (Tab. 17).

Tab. 17. Schweregrad der Krankheitsverläufe

leicht	9
mittel	22
schwer	19
zusammen	50

c) Testergebnisse

Den Intelligenztest MWT-B wollten zwei Patienten nicht bearbeiten. Von den ausgewerteten Tests ergaben 25 bis zu 16 Punkten, was einem IQ von unter 75 entspricht. 21 Probanden erreichten Werte zwischen 17 und 29 Punkten (IQ 80 - 105) und nur zweimal wurden 30 - 34 Punkte (IQ 110 - 120) erreicht (Tab. 18).

Tab. 18. Mehrfachwortwahltest MWT-B
Ergebnisse

Punktwert	IQ	Prozentrang	Zahl d. Patienten
bis 16	unter 75	5	25
17-19	80	10	6
20-24	85- 90	16-35	9
25-29	90-105	36-64	6
30-34	110-120	75-90	2
zusammen			48

Auch bei der Befindlichkeitsskala B-S weigerten sich zwei Patienten mitzumachen. 25 der 48 Probanden liegen mit ihren Werten in dem nach D. v. ZERRSEN (40) für die zylothyme Depression typischen Bereich. In 19 Fällen waren die Werte niedriger, viermal waren sie höher (Tab. 19).

Tab. 19. Befindlichkeitsskala B-S
Ergebnisse

Punktzahl	Patienten	
0-12	11	
13-24	8	
25-36	15	Typischer Wertebereich bei zylothymen Depression
37-48	10	
49-56	4	
zusammen	48	

Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI-K wollten sieben Patienten nicht ausfüllen. Die höhere Zahl gegenüber den beiden anderen Tests ist wohl mit der abschreckenden Länge des Fragebogens zu erklären.

Nach den Quartilwerten geordnet, erreichten unsere Probanden durchschnittlich eher niedrige Werte für die FPI-K-Skalen "Aggressivität", "Geselligkeit", "Gelassenheit", "Dominanzstreben", "Offenheit" und "Maskulinität". Eine Tendenz zu hohen Werten bestand für die FPI-K-Skalen "Nervosität", "Depressivität", "Gehemmtheit" und "emotionale Labilität". Eine annähernd gleichmäßige Verteilung ergab sich für die beiden Skalen "Erregbarkeit" und "Extraversion". Diese Testergebnisse lassen sich mit dem Vorliegen der depressiven Elementarsymptomatik (37) in Einklang bringen (Tab. 20).

Tab. 20. Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-K. Ergebnisse. (Werte von 43 Patienten)

Quartilwert	FPI-K-Skala					
	1	2	3	4	5	6
1	7	30	4	8	12	15
2	11	3	11	14	21	15
3	10	7	17	14	7	9
4	15	3	11	7	3	4

Tab. 20. Freiburger Persönlichkeitsinventar
FPI-K. Ergebnisse. (Werte von 43
Patienten)

Quartilwert	FPI-K-Skala					
	1	2	3	4	N	M
1	17	2	14	14	8	23
2	12	11	17	10	8	10
3	9	14	6	16	18	5
4	5	16	6	3	9	5

d) Suizidalität

Bei vier Patienten war die Familienanamnese mit Selbstmordhandlungen belastet. 15 Kranke konnten sich an Selbstmord von Bekannten oder Nachbarn erinnern.

41 von den 50 untersuchten Patienten hatten sich im Laufe ihrer Krankheit wenigstens einmal mit Todeswunsch- oder Suizidgedanken auseinandergesetzt. Sieben Kranke gaben an, Todeswunschgedanken gehabt zu haben, 22 berichteten von ausdrücklichen Suizidgedanken.

12 Patienten hatten bereits mindestens einen Selbstmordversuch unternommen, zwei Patienten mehrere (der eine drei-, der andere fünfmal). Nur neun Kranke hatten nach ihren Angaben noch nie Selbstmordgedanken (Tab. 21).

Tab. 21. Suicidtendenzen

Keine Suicidgedanken	9
Todeswunschgedanken	7
Suicidgedanken	22
Suicidversuche	12
zusammen	50

2. Bedingungen der Suicidalität

Man soll den Zusammenhängen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Umgebungsfaktoren und Krankheitserscheinungen einerseits, den Suicidtendenzen andererseits nachgegangen werden.

24 von den weit über 80 untersuchten Faktoren korrelierten statistisch signifikant mit dem Ausmaß der Suicidalität. Die Signifikanz konnte zum Teil mit dem χ^2 -Test, zum Teil mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten r bewiesen werden. Die beiden Verfahren haben wir bereits kurz erörtert (s. S. 15 f).

Die untersuchten Männer unternahmen prozentual etwas häufiger Suicidversuche als die Frauen, hatten aber andererseits etwas seltener Selbstmordgedanken. Die Unterschiede sind nicht signifikant (Tab. 22).

Tab. 22. Suicidalität und Geschlecht

Gruppe	männlich	weiblich	zusammen
ohne			
Suicidtendenzen	2	7	9
Suicidgedanken	5	24	29
Suicidversuche	3	9	12
zusammen	10	40	50

Die altersmäßige Zusammensetzung unterscheidet sich in den drei Untergruppen nicht wesentlich. Sie entspricht in etwa dem Altersaufbau der Gesamtgruppe. Von den zwölf Suicidversuchen, die unsere Patienten unternahmen, ereigneten sich drei vom 40. bis zum 50. Lebensjahr, je vier im 6. und 7. Lebensjahrzehnt, einer im Alter von 70 - 75 Jahren (Abb. 10, 11, 12).

Abb. 10. Altersverteilung.

Patienten ohne Suicidtendenzen

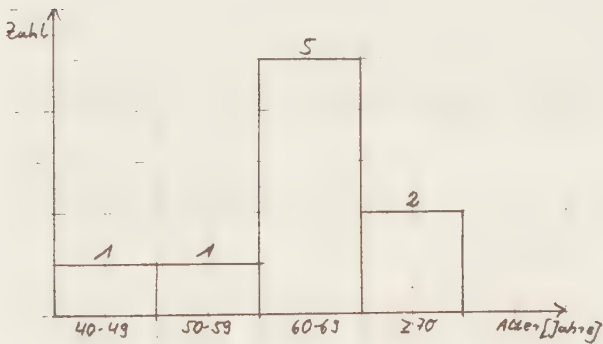


Abb. 11. Altersverteilung.

Patienten mit Suicidgedanken

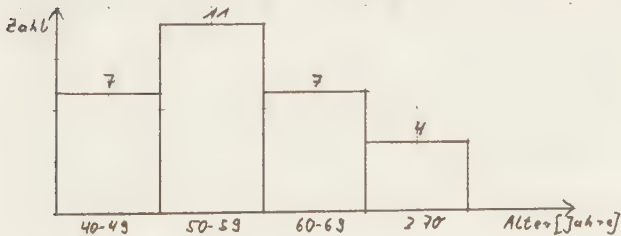
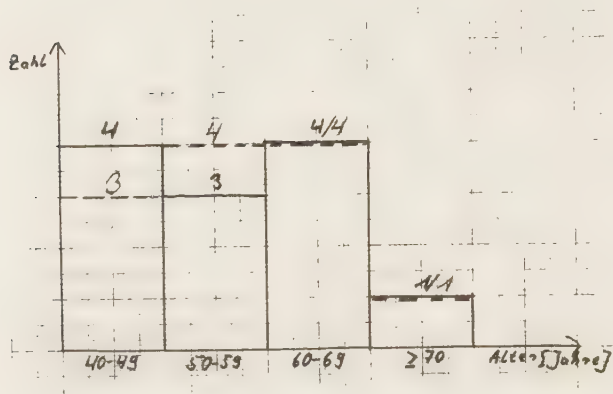


Abb. 12. Altersverteilung.

Patienten mit Suicidversuchen

rot: Alter zum Zeitpunkt des
Suicidversuches



Einfluß auf die Suicidalität hatte die Konfessionszugehörigkeit. Evangelische Christen überwiegen bei den Selbstmordversuchen deutlich, in der Gruppe ohne Suicidtendenzen sind die Katholiken überproportional vertreten (Tab. 23).

Tab. 23. Suicidalität und Konfession

Gruppe	evangelisch	katholisch
ohne		
Suicidtendenzen	4	5
Suicidgedanken	18	11
Suicidversuche	9	3
zusammen	31	19

Das Ergebnis weist auf die geringere Suicid-
gefährdung der Katholiken hin, die auch von
anderen Autoren, wie F. BÖCKER (2) und
G. STRASSER (33) gefunden wurde.

Besonders deutlich ist der Zusammenhang mit
der Tiefe der religiösen Bindung. Patienten,
die sich als tief religiös bezeichneten,
unternahmen wesentlich weniger Selbstmord-
versuche als solche, denen ihr Glaube nicht
viel bedeutete (Tab. 24).

Tab. 24. Suicidalität und Tiefe der
religiösen Bindung

Gruppe	Religiöse Bindung		
	tief	vorhanden	keine
ohne			
Suicidtendenzen	8	1	-
Suicidgedanken	13	9	7
Suicidversuche	5	2	5
zusammen	26	12	12

Erwartungsgemäß kam dem Glauben als Schutzfak-
tor vor Suicidhandlungen umso mehr Bedeutung
zu, je tiefer der Betroffene darin verwurzelt
war.

Neben dem religiösen Glauben spielten für die
Verhinderung einer Suicidhandlung auch andere
Wertbezüge der Persönlichkeit eine - allerdings
individuell unterschiedliche - Rolle. Wir

können damit E. RINGEL (24) bestätigen, der den Verlust des Werterlebens als wichtigen Indikator für das Bestehen eines "praesuicidalen Syndroms" aufgefaßt hat. Unsere Patienten nannten auf die Frage, was für sie einen besonders hohen Wert darstelle, am häufigsten, nämlich 21 mal ihre Familie. Je achtmal führten sie die Gesundheit und ihre Arbeit an, viermal ein gutes Auskommen mit den Mitmenschen, dreimal den Glauben, je einmal Geld und beruflichen Erfolg, fünfmal andere Werte wie etwa die Heimat.

Eine Beobachtung unterstreicht die große Bedeutung der Wertbezüge als Gegenkraft zu Selbstvernichtungsgedanken: Nur sechs der Befragten wußten auf die Frage nach dem Wertbezug keine Antwort. Unter den neun Patienten aber, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, konnten vier keine Wertrelevanz nennen.

Ein Zusammenhang der Suicidalität mit dem Familienstand ist wahrscheinlich. Unter den manifest suicidalen Patienten waren nur vier Verheiratete, hingegen waren alle Patienten ohne Suicidtendenzen verheiratet oder verwitwet. Überdurchschnittlich häufig waren Suicidversuche in der Gruppe der Geschiedenen und getrennt Lebenden. Statistisch signifikant ist der Zusammenhang - wohl wegen der geringen Zahlen - nicht (Tab. 25).

Tab. 25. Suicidalität und Familienstand

Gruppe	verh. verw. ledig gesch. getr.				
ohne					
Suicidtend.	6	3	-	-	-
Suicidged..	18	4	4	3	-
Suicidvers.	4	3	-	3	2
zusammen	28	10	4	6	2

Die Bedeutung, die gerade eine intakte Ehe als Schutzfaktor vor Selbstvernichtungsgedanken hat, wird aber noch an anderer Stelle deutlich.

Patienten, die mit ihrer Ehe unzufrieden waren und es bereuten, geheiratet zu haben, neigten (statistisch signifikant, 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit) mehr zu Suicidtendenzen als glücklich verheiratete (Tab. 26).

Tab. 26. Zufriedenheit mit der Ehe und Suicidalität

Gruppe	Zufriedenheit mit der Ehe			
	sehr groß	normal	gering	entfällt
ohne				
Suicidtend.	8	1	-	-
Suicidged.	3	18	4	4
Suicidvers.	-	6	6	-
zusammen	11	25	10	4

Ebenso zeigt sich ein negativer Einfluß, wenn der Patient nach seinen Angaben keine Bindung an den Ehepartner hat oder die Bindung nur auf Äußerlichkeiten wie finanzieller Abhängigkeit oder Zwang der Umgebung beruht (Tab. 27).

Tab. 27. Partnerbindung und Suicidalität

Gruppe	tief	äußerlich	keine	entfällt bzw. keine Angaben
ohne				
Suicidtend.	7	2	-	-
Suicidged.	3	16	2	7
Suicidvers.	-	3	2	8
zusammen	10	21	4	15

Der Einfluß ist statistisch hochsignifikant (1 %-Niveau).

Während diese langfristigen Merkmale der Ehe einen Schutz bei krankheitsbedingten Suicidgedanken bedeuteten, förderten aktuelle Probleme mit dem Ehepartner (Meinungsverschiedenheiten, Krankheit des Partners) die Entstehung solcher Gedanken. In diesem Punkt unterschieden sich die Patienten ganz ohne Suicidtendenzen signifikant (1 %-Niveau) von den anderen (Tab. 28).

Tab. 28. Probleme in der Ehe und Suicidalität

Gruppe	Probleme	keine Probleme	entfällt bzw. keine Angaben
ohne			
Suicidtend.	1	7	1
Suicidged.	15	5	9
Suicidvers.	9	-	3
zusammen	25	12	13

Neben der eigenen Ehe des Patienten üben die Erfahrungen mit dem Elternhaus den größten nachweisbaren Einfluß aus. Hatten die Kranken eine negativ gefärbte Erinnerung an ihren Vater (Tab. 29) oder ihre Mutter (Tab. 30), so stieg die Wahrscheinlichkeit von Suicidhandlungen signifikant.

Tab. 29. Negative Erinnerung an den Vater und Suicidalität

Gruppe	Erinnerung an den Vater negativ
ohne	
Suicidtendenzen	2
Suicidgedanken	4
Suicidversuche	7
zusammen	13

Tab. 30. Negative Erinnerung an die Mutter
und Suicidalität

Gruppe Erinnerung an die Mutter negativ
ohne

Suicidtendenzen	1
Suicidgedanken	7
Suicidversuche	7
zusammen	15

Derselbe Einfluß war zu ermitteln, wenn die Befragten schon in der Kindheit ein schlechtes Verhältnis zu ihren Eltern hatten. Aber auch noch eine Entfremdung in späteren Jahren wirkte sich nachteilig auf die Suicidwahrscheinlichkeit aus: Die Angabe, die Patienten hätten keinerlei Verbindung und auch keine innere Beziehung mehr zu ihrer Herkunftsfamilie, korrelierte signifikant mit mehr Suicidversuchen (Tab. 31).

Tab. 31. Heutiges Verhältnis zur Herkunftsfamilie und Suicidalität

Heutige Stellung zur Herkunftsfamilie		
Gruppe	verbunden	nicht mehr verbunden
ohne		
Suicidrend.	2	1
Suicidged.	12	11
Suicidvers.	2	10
zusammen	22	22

Besonders verheerende Folgen hatte die Herkunft aus einem "broken home", einer durch Scheidung der Eltern, Trunksucht des Vaters etc. total zerrütteten Familie. Drei von den fünf Patienten, auf die dieses Merkmal zutraf, hatten einen Selbstmordversuch unternommen, keiner war von Suicidgedanken frei geblieben. Trotz der geringen Zahlen ist der Zusammenhang der Suicidalität mit diesem Merkmal statistisch der engste von allen untersuchten, die Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt nur 0,5 %. Ein weiteres Merkmal des Elternhauses verdient Beachtung: War die Mutter des Patienten nicht Hausfrau, sondern als berufstätige Frau der Familie mehr oder weniger entzogen, so stieg die Wahrscheinlichkeit eines Selbsttötungsversuches stark an (1 % Signifikanzschranke Tab. 32).

Tab. 32. Tätigkeit der Mutter und Suicidalität

Gruppe	Mutter	
	Hausfrau	nicht Hausfrau
ohne		
Suicidtend.	9	-
Suicidged.	29	-
Suicidvers.	9	3
zusammen	47	3

Zwei weitere Merkmale aus der Kindheit waren für die spätere Suicidalität bedeutsam (statistisch signifikant; 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit). Diejenigen Patienten, die nach ihrer eigenen Erinnerung als Kinder still und verträumt waren, wurden von Suicidtendenzen stärker bedroht als die einst lebhaften und unbekümmerten (Tab. 33).

Tab. 33. Charakter als Kind und Suicidalität

Gruppe	Patient war nach seiner Angabe als Kind		
	lebhaft	still	keine Angabe
ohne			
Suicidtend.	7	2	-
Suicidged.	15	7	7
Suicidvers.	5	7	-
zusammen	27	16	7

Ebenso hatte die Kontaktfähigkeit als Kind einen Zusammenhang mit der Abwehr von Selbstvernichtungsgedanken. Als Maß dafür werteten wir die Zahl der Freunde (bzw. Freundinnen), die die Befragten nach ihren Angaben als Kinder hatten. Wer sich an gar keinen oder nur an einen Freund erinnern konnte, war mehr gefährdet als diejenigen mit einem größeren Freundeskreis (Tab. 34).

Tab. 34. Zahl der Freunde in der Kindheit
und Suicidalität

Gruppe	Zahl der Freunde in der Kindheit			
	viele	einer	keine	keine Angabe
ohne				
Suicidtend.	3	4	1	1
Suicidged.	10	9	2	-
Suicidvers.	4	6	2	-
zusammen	25	19	5	1

Schließlich zeigte sich auch noch ein nachteiliger Einfluß, wenn die Patienten schon als Kinder hatten schwer mitarbeiten müssen, z. B. auf einem elterlichen Bauernhof, und so um kindliche Spielfreuden gebracht worden waren (Tab. 35).

Tab. 35. Pflichten als Kind und Suicidalität

Gruppe	Patient mußte als Kind schwer mitarbeiten
ohne	
Suicidtend.	-
Suicidged.	10
Suicidvers.	6
zusammen	16

Der nächste Merkmalskomplex, in dem sich die in hohem Maße suicidalgefährdeten Personen von der Vergleichsgruppe unterschieden, betrifft die schulische und berufliche Leistungsfähigkeit. Wer später einen Selbstmordversuch unternahm, hatte schon in der Schule überzufällig häufig schlechte Leistungen erbracht (Tab. 36).

Tab. 36. Schulische Leistungen und Suicidalität

Gruppe	Schulische Leistungen		
	gut	mittel	schlecht
ohne			
Suicidtendenzen	5	4	-
Suicidgedanken	13	16	-
Suicidversuche	3	6	3
zusammen	21	26	3

Später im Beruf hatte er häufiger die Stelle gewechselt, eine Ausbildung abgebrochen oder andere Probleme gehabt (Tab. 37).

Mangelnde Erfolge im Beruf waren erwartungsgemäß ein Risikofaktor. Aber auch die Einstellung zum Erfolg war bei den höher Selbstmordgefährdeten eine andere. Berufliches Fortkommen war ihnen weit häufiger als der Vergleichsgruppe gleichgültig (Tab. 38).

Tab. 37. Berufliche Probleme und Suicidalität

Gruppe	Probleme im Beruf
ohne	
Suicidtendenzen	-
Suicidgedanken	6
Suicidversuche	2
zusammen	8

Tab. 38. Einstellung zum Erfolg und Suicidalität

Gruppe	Beruflicher Erfolg gleichgültig
ohne	
Suicidtendenzen	6
Suicidgedanken	20
Suicidversuche	8
zusammen	34

An dieser Stelle soll noch einmal daran erinnert werden, daß alle bisher besprochenen Faktoren bei Menschen wirksam wurden, die an einer zyklischen Depression erkrankt waren. Ein Einfluß von Merkmalen, die in der Krankheit selbst begründet liegen, auf die Suicidalität war zu vermuten.

Tatsächlich kam der Erkrankung an sich für das Selbstmordrisiko eine überragende Bedeutung zu. In allen Fällen, in denen Suicidgedanken aufgetreten waren, ob sie nun zu Handlungen führten oder nicht, lag das Motiv dazu in der Krankheit begründet. Entweder kamen die Suicidimpulse unmittelbar durch die Krankheit oder sie entstanden aus der Sorge um die krankheitsbedingten Störungen, der "Depression über die Depression". Vitalitätsverlust, Arbeitsunfähigkeit und die bange Sorge, wie die Krankheit weitergehen und ob sich die Störungen bessern würden, trieben viele Patienten zur Verzweiflung. Das Ausmaß der Suicidalität war von der Schwere der Erkrankung, so wie wir sie zu klassifizieren versuchten (s. S. 32 f), abhängig (Tab. 39, Signifikanzniveau 5 %).

Tab. 39. Schwere der Erkrankung und Suicidalität

Gruppe	Schwere der Erkrankung		
	schwer	mittel	leicht
ohne			
Suicidtendenzen	1	4	4
Suicidgedanken	11	13	5
Suicidversuche	7	5	-
zusammen	19	22	9

Aber abgesehen von dieser allgemeinen, freilich sehr grundlegenden Einwirkung der Krankheit, konnten wir einen Einfluß krankheitsbedingter Merkmale auf die Suicidalität nicht finden. Weder das Manifestationsalter der Erkrankung noch Zahl und Dauer der Phasen oder der Intervalle noch die Ausprägung der Phasen oder die Art der Behandlung oder ihr Erfolg hatten irgendeinen nachweisbaren Zusammenhang mit den Suicidtendenzen.

Einen deutlichen Einfluß hatte allerdings die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit. Insbesondere waren diejenigen Kranken weniger gefährdet, die äußere Umstände für den Ausbruch ihrer Krankheit anschuldigten, wobei es auf die Art dieser Umstände ebenso wenig ankam wie auf die objektive Plausibilität der Erklärung. Wenn das menschliche Kausalitätsbedürfnis nicht befriedigt ist, das "ein verantwortliches psychologisches Motiv für die Traurigkeit fordert" (H. J. WEITBRECHT, 35), dann wird das Ausgeliefertsein an die Krankheit offenbar noch stärker empfunden und wirkt sich lähmend auf die Selbsterhaltungskräfte aus. Dabei kommt es, wie K. SCHNEIDER (30) sagt, nicht so sehr auf den objektiven Sachverhalt der Auslösung an, als vielmehr auf die subjektive Wirkung, die der Patient erlebt.

Nach den Einflüssen der Vorpersönlichkeit und der Umwelt sowie denen der Krankheit wandten wir uns möglichen Zusammenhängen der Gefährdung mit Angaben der Patienten zu, die unmittelbar auf das Thema "Selbstmord" bezogen waren.

Gelegentlich wurde ein nachteiliger Einfluß des Miterlebens von Selbstmordfällen im Sinne des Vorbildes vermutet. Für unsere Patienten trifft das Gegenteil zu. Die Gruppe, die noch nie bei Nachbarn, Bekannten, Verwandten etc. einen Selbstmord erlebt hatte, war deutlich (1 %-Signifikanzniveau) mehr gefährdet als die anderen (Tab. 40).

Tab. 40. Suicid in der Umgebung und
Suicidalität

Gruppe	Zahl der Patienten, die einen Suicid in der Um- gebung erlebt hatten
ohne	
Suicidtendenzen	6
Suicidgedanken	8
Suicidversuche	1
zusammen	15

Das Miterleben des Selbstmordes und seiner Folgen für die Umgebung wirkte offenbar abschreckend. Eine familiäre Belastung mit Suicid spielte für die Gefährdung unserer Patienten keine Rolle.

Von allen Probanden, die Selbstmordgedanken zugaben, wollten wir wissen, ob sie mit jemandem darüber gesprochen haben. Wenn das der Fall war, dann realisierten die Betreffenden ihre Gedanken seltener als andere, die sich

allein mit ihrem Problem herumgeschlagen hatten ($r = 0.30228$). Die befreiende Wirkung eines vertrauensvollen Gespräches muß nachdrücklich betont werden. Angemerkt sei, daß der Gesprächspartner in aller Regel der Ehepartner oder ein erwachsenes Kind des Patienten war. Der Befund läßt sich mit der Auffassung G. WIENDIECKs (38) zur Deckung bringen, wonach der Selbstmordversuch Indikator einer Kommunikationsstörung ist.

Zum Schluß der Exploration fragten wir nach der Einstellung zum Tod. Wir fanden stärkere Suicidtendenzen bei denen, die angaben, keine Angst vor dem Tod zu haben (Tab. 41).

Tab. 41. Angst vor dem Tod und Suicidalität

Gruppe	Angst vor dem Tod
ohne	
Suicidtendenzen	5
Suicidgedanken	14
Suicidversuche	2
zusammen	21

Möglicherweise ist diese Aussage als Hinweis auf verringerte lebensbewahrende Kräfte brauchbar.

Von den Testergebnissen brachten nur zwei FPI-K-Skalen signifikante Korrelationen mit

der Suicidalität. Niedrige Werte in der Skala 4 (geringe Impulsivität und Spontaneität, evtl. Stumpfheit) war mit hohen Suicidraten verbunden ($r = 0.35504$). Ähnlich wirkte sich ein niedriger Testwert für die Skala E (ungesellig, selbstgenügsam, kontaktarm) aus ($r = 0.28495$). Die nachteilige Wirkung der Kontaktarmut haben wir auch schon an anderer Stelle beschrieben (s. Tab. 34).

Die übrigen FPI-Skalen ergaben keine signifikanten Zusammenhänge mit der Selbstmordneigung. Die im MWT-B gemessene Intelligenz hatte keinen Einfluß auf die Suicidalität. Irgendwelche Zusammenhänge des Suicidrisikos mit dem Testwert in der Befindlichkeitsskala B-S nach D. v. ZERSEN (40) sind nicht ersichtlich. Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß Suicidtendenzen bei zylothymen Depressionen von der Krankheit ausgelöst werden, das Risiko ihrer Verwirklichung aber in erster Linie von krankheitsunabhängigen Einflüssen abhängt.

Nur eine kleine Gruppe von Patienten unterschied sich darin von den übrigen. Drei Kranke, die an sehr schweren, chronifizierten Depressionen litten, unternahmen wiederholte Selbstmordversuche, trotz großer Aufmerksamkeit der Umgebung. Außerdem fiel in diesen Fällen die geringe Energie auf, mit der die Suicidhandlungen vorbereitet wurden. Ein außergewöhnlich schwerer Krankheitsverlauf mußte bei ihnen die Schutzmechanismen der Persönlichkeit außer Kraft gesetzt haben.

Eine Krankengeschichte sei als Beispiel berichtet.

Beispiel 1

W. K., männlich, evangelisch, geb. 1927, verheiratet seit 1954, 2 Söhne, Landwirt, wohnhaft in D. (ca. 100 Ew.)

Diagnose: Zykllothyme Depression, zweite, sehr langdauernde Phase. Untersucht am 4.7.1974.

Vorgeschichte: Die Erhebung der Anamnese bereitet große Schwierigkeiten, weil der Patient schon in der Erinnerung alles in einem ungünstigen Licht sieht und frühere Erlebnisse entsprechend negativ einfärbt. Herr K. sei auf dem Bauernhof seiner Eltern aufgewachsen, einem stattlichen Hof, den er später geerbt habe. Das Dorf habe er nur im Krieg für längere Zeit verlassen, zwei Jahre sei er noch in russischer Gefangenschaft gewesen. 1954 habe er auf Drängen der Mutter ein Nachbarsmädchen geheiratet. Er habe sich eigentlich nichts aus Frauen gemacht. Trotzdem gehe die Ehe ganz gut. Er habe zwei Söhne, von denen ihm der ältere Sorgen mache, da er trinke.

Krankheit: Die Mutter sei im selben Nervenkrankenhaus wegen einer Zykllothymie in Behandlung gewesen, die Schwester des Patienten leide an Schizophrenie.

Der Patient sei schon von Kindheit an immer kränklich und nervös gewesen, er habe schwer Kontakt mit den anderen Dorfbewohnern gefunden.

Im Alter von 45 Jahren sei es zum ersten Mal zu einer kurzen depressiven Phase gekommen, über die nichts näheres zu erfahren ist. Sie sei in einer auswärtigen Nervenlinik behandelt worden. Nach einem Intervall von etwa einem halben Jahr Dauer seien die Beschwerden wieder aufgetreten. Seitdem, nun schon etwa zwei Jahre lang, sei der Patient nicht mehr beschwerdefrei geworden. Der Zustand ist nach seinen Angaben immer für einige Wochen besonders schlimm, um dann wieder etwas erträglicher zu werden.

Herr K. klagt über "Nervenschmerzen" am ganzen Körper, v. a. in der Kniegegend, über Kopfweg, Verdauungsbeschwerden, Schwindel und Schweißausbrüche. Er könne weder einschlafen noch durchschlafen, obwohl er am liebsten dauernd schlafen würde. Er habe gar keinen Appetit. Seine Libido, die noch nie sehr stark gewesen sei, sei ganz erloschen. Er sei sehr traurig, müsse oft weinen. Eine unbestimmte Angst quäle ihn so, daß er sich vor allen Menschen zurückziehe. Seine Frau sei sehr verständnisvoll, aber das helfe ihm auch nicht. Er habe gar keine Hoffnung mehr. Die Beschwerden änderten sich jeweils den Tag über, gleich in der Frühe nach dem Aufstehen sei es am schlimmsten. Seit Beginn seiner Krankheit werde er vom Nervenarzt mit Tabletten behandelt. Im Mai 1974 sei es aber so schlimm geworden, daß er freiwillig in das Nervenkrankenhaus gegangen sei.

Der Aufnahmebericht nennt die zahlreichen Klagen des Patienten und beschreibt ihn als

ungewöhnlich schwer depressiv. Seitdem ist dem Krankenblatt zufolge keine wesentliche Änderung des Zustandsbildes eingetreten. Bei der Untersuchung sitzt der vorgealtert wirkende Patient in gebundener Haltung mit niedergeschlagenen Augen fast reglos da. Seine Sprache ist leise und monoton. Er ist hochgradig verlangsamt. Er bemüht sich sehr, die an ihn gerichteten Fragen zu beantworten. Das Gedächtnis ist gut, Denkstörungen zeigen sich nicht. Der Patient wirkt schwer bedrückt, bei der Erörterung seiner Lebensgeschichte seufzt er immer wieder und kann kaum die Tränen unterdrücken.

Tests: Im MWT-B erreicht er nur 8 Punkte (IQ um 75; PR 5). In der B-S kommt er auf die höchstmögliche Punktzahl von 56. Erwartungsgemäß sind im FPI-K die Skalenwerte für "Nervosität", "Depressivität" und "Gehemmtheit" besonders hoch.

Angaben zur Suicidalität: Er glaubt heute, daß er schon früher manchmal an Selbstmord gedacht habe, weil sein Leben nicht schön gewesen sei. Aber so richtig sei es ihm jetzt im Mai gekommen, daß es für ihn keine Hoffnung mehr gebe. Es sei ihm eigentlich ganz gleichgültig, ob er noch lebe oder schon tot sei. Seit er in der Klinik sei, habe er schon dreimal Schlaftabletten eingenommen, um zu sterben. Er habe richtig tot sein wollen. Er sei nicht froh darüber, daß man ihn gerettet habe, es könne ihm ja letztlich doch niemand helfen. Genau wisse er gar nicht mehr, was in ihm vorgegangen sei.

Angst vor dem Sterben habe er nicht. Oft träume er schrecklich. Der Inhalt sei meist, daß er von einem hohen Bau herabstürze. Früher sei er gläubig gewesen, aber die Krankheit habe ihm auch den Glauben genommen. Es gebe jetzt gar nichts mehr, was für ihn wertvoll sei. Vom Stationsarzt ist zu erfahren, daß der Patient tatsächlich dreimal Schlaftabletten in offenbar suicidalen Absicht, aber in unzureichender Dosis genommen habe.

Von einer statistischen Analyse der Suicidgedanken im einzelnen und der aufgetretenen Selbstmordversuche war bei der Vielschichtigkeit der Zusammenhänge und der geringen Fallzahl kein befriedigendes Ergebnis zu erwarten. Wir beschränken uns daher auf einige Bemerkungen.

Suicidgedanken traten häufig zugleich mit der Krankheit auf, auch Suicidversuche als erstes auffälliges Symptom der Krankheit kamen vor. Insoweit können wir auch die oft vermutete besondere Gefährdung am Beginn der Psychose (14, 23) bestätigen.

Nicht selten kamen Suicidgedanken aber auch erst später auf, eine strenge Bindung an den zeitlichen Verlauf der Erkrankung läßt sich nicht angeben.

Waren Suicidgedanken einmal vorgekommen, so stellten sie sich meistens - allerdings nicht immer - in späteren Phasen der Erkrankung in genau derselben Weise wieder ein. Diese Konstanz kann mit der "photographischen Treue"

erklärt werden, mit der sich zylothyme Phasen nach F. W. BRONISCH (in 20) wiederholen. Meist folgte dem Einbruch der Suicidgedanken eine langdauernde innere Auseinandersetzung. Doch sahen wir gelegentlich auch, beim Hinzutreten belastender äußerer Ereignisse, ganz plötzliche Suicidversuche. Auf diese Erscheinung hat auch F. BÖCKER (2) hingewiesen. Kam es zu Suicidversuchen, so waren diese stets ernst, wie es für zylothyme Patienten immer wieder beschrieben wurde (2, 23).

Als Selbstmordmethode wählten zehn Patienten die Vergiftung mit Schlaftabletten, andere Methoden traten zahlenmäßig zurück (Tab. 42).

Tab. 42. Suicidversuche. Methoden

Methode	Zahl
Schlaftabletten	10
Pulsadern aufschneiden	2
Ertränken	2
Abstürzen	1
Gas	1
unbekannt	2
zusammen	18

III. Diskussion

Unsere Ergebnisse stehen groÙenteils im Einklang mit denen frÙherer Untersuchungen, etwa von E. RINGEL (23, 24) oder F. BÜCKER (2). Wir glauben aber, einige neue Gesichtspunkte beitragen zu können. Vor jeder Betrachtung von Details ist festzuhalten, daÙ Suicidtendenzen in unserem Krankengut in ungemein großer Häufigkeit auftreten. Zwölf von 50 untersuchten Personen haben, zum Teil mehrere, Selbstmordversuche unternommen, das war fast jeder Vierte. Nur eine Minderheit von 18 % gab an, noch nie an Selbstmord gedacht zu haben. Der überwiegende Teil unserer Patienten war also mehr oder weniger suidgefährdet. Auch unsere Erhebung bestätigt damit die wiederholt vertretene Meinung (2, 7, 14, 16, 17, 24, 35, 37) vom hohen Suicidrisiko der Zykllothymie. Der Suicidimpuls trat stets während einer depressiven Phase, nie im Intervall auf. Seine Stärke war von der Schwere der Depression abhängig. Die Motive der Suicidgedanken lagen entweder unmittelbar in Krankheitssymptomen oder sie entsprangen einer reaktiven Verstimmung über krankheitsbedingte Veränderungen. All das unterstreicht die große Bedeutung der zykllothymen Depression für das Auftreten von Selbsttötungsimpulsen. Zum Teil setzten sich die Patienten lange Zeit mit ihren Selbstmordgedanken auseinander. Für viele ähnliche Fälle möge das Beispiel 2 stehen.

Beispiel 2

D. G., weiblich, evangelisch, geb. 1913, verheiratet seit 1935, 3 Kinder, Hausfrau, wohnhaft in H. (Dorf mit 42 Häusern).

Diagnose: Zykllothyme Depression, zehnte Phase.
Untersucht am 2.10.1974.

Vorgeschichte: Die Patientin habe eine glückliche Kindheit erlebt. Auch in die Schule sei sie gerne gegangen. Einen Beruf habe sie nicht erlernt. Schon mit 19 Jahren habe sie geheiratet. Sie habe die Ehe nie bereut, obwohl ihr Mann durch die Kriegsgefangenschaft verändert sei und seitdem trinke. Ihre Kinder habe sie ohne Probleme aufgezogen, jetzt freue sie sich über ihre Enkel.

Sie führe mit ihrem Mann zusammen eine kleine Gastwirtschaft, die stets genug zum Leben abgeworfen habe.

Sie sei kontaktfreudig, an ihrer Umgebung interessiert, lese regelmäßig Zeitung. Der Glaube sei ihr sehr ernst und bedeute einen Halt für sie. Vor ihrer Krankheit sei sie eine glückliche Frau gewesen.

Krankheit: Nach den Angaben der Patientin ist ihre Familie mütterlicherseits mit Zyklothymie belastet. Der Großvater und eine Cousine litten daran, der Bruder der Mutter nahm sich mit 70 Jahren in einem Zustand der Schwermut das Leben.

Die Patientin sei früher immer gesund gewesen. Im Januar 1965 habe sie gemerkt, daß mit ihren

Nerven etwas nicht in Ordnung sei. Sie führt das auf eine kurz zuvor durchgemachte Grippe zurück.

Im März sei sie zum Nervenarzt gegangen, der sie mit Limbatriil^R erfolgreich behandelt habe. Nach zwei Monaten seien die Beschwerden wieder weg gewesen. Ähnliche Zustände wiederholten sich nun alljährlich im Frühjahr. Zweimal hätten die Beschwerden länger angedauert, nämlich 1969 und wieder 1974. Diese beiden Male sei sie dann zur Behandlung in die Nervenklinik gekommen. Bei unserer Untersuchung war die Patientin seit vier Wochen in der Klinik und fühlte sich nach ihren Angaben schon wesentlich gebessert.

Die Beschwerden seien jedesmal die gleichen gewesen: Arme, Beine und Kopf würden ihr schwer. Sie habe Einschlafstörungen, der Appetit sei etwas vermindert. Ihre Stimmung sei gedrückt, aber nicht richtig traurig. Sie habe keinen rechten Schwung, müsse sich zur Arbeit zwingen. Am Morgen seien die Störungen am schlimmsten und besserten sich dann im Laufe des Tages allmählich.

Das Krankenblatt berichtet, bei der Aufnahme habe die Patientin hochgradig depressiv und mäßig agitiert gewirkt.

Während unserer Befragung ist die Patientin frei von Krankheitszeichen. Eine depressive Verstimmung ist nicht mehr nachweisbar.

Tests: Der Intelligenzwert im MWT-B liegt bei 17 Punkten (IQ 80; PR 10). Der Depressionswert nach der B-S ist mit 9 Punkten niedrig. Von

den FPI-K-Werten sind die erhöhte Punktzahl für Gehemmtheit und die erniedrigte für Aggressivität bemerkenswert.

Angaben zur Suicidalität: Sie habe früher nie an so etwas gedacht. In der ersten Phase, als sie gemerkt habe, wie schlimm diese Krankheit sei, seien ihr das erste Mal Gedanken an Selbstmord gekommen. Sie habe sich abzulenken versucht, auch gebetet. Außerdem habe sie sich überlegt, daß sie nichts verbochen habe und deshalb weiterleben dürfe. Beim Herrgott habe sie Halt gefunden. In späteren Phäsen seien keine Suicidgedanken mehr aufgetreten. Sie könne jetzt einen lebensmüden Menschen gut verstehen. Sie würde ihn von seinen Selbstmordplänen zurückzuhalten versuchen und ihm empfehlen, zu beten.

Die beobachteten Suicidtendenzen waren von der Ausgestaltung der Erkrankung weitgehend unabhängig. Insbesondere mußten wir auch eine massive Gefährdung bei ansonsten hochgradig gehemmten Patienten feststellen.

Trotz der fast obligaten Suicidgedanken kam es jedoch in der Mehrzahl der Fälle nicht zu Selbstmordhandlungen. Die Patienten, die einen Suicidversuch unternommen haben, unterschieden sich in einigen Merkmalen von den anderen. Eine Reihe von Faktoren, die auch bei psychisch Gesunden in der Lage sind, Selbstmordhandlungen zu verhüten (2), spielten eine Rolle. F. BÖCKER (2) und J. GREGER (13) nahmen einen solchen

hemmenden Einfluß krankheitsunabhängiger Faktoren bereits an.

Auf die große Rolle einer intakten familiären Bindung für die Selbstmordprophylaxe hat F. BÜCKER (2) hingewiesen. Wir können diese Aussage in vollem Umfange bestätigen. Die Familie kann auch dann noch hemmend eingreifen, wenn die Krankheit bereits zu Suicidgedanken geführt hat. Nicht wenige Patienten kamen über ihre Selbstmordideen dadurch hinweg, daß sie mit einem Angehörigen vertrauensvoll darüber sprechen konnten. Darin beweist sich die Bedeutung der intakten Kommunikation für die Suicidprophylaxe (G. WIENDIECK 38). Dafür sollen zwei Beispiele stehen.

Beispiel 3

B. S., weiblich, evangelisch, geb. 1901, verheiratet seit 1957, keine Kinder, Hausfrau, wohnhaft in F. (Großstadt).
Diagnose: Zykllothyme Depression, zweite Phase.
Untersucht am 13.5.1974.

Vorgeschichte: An die Kindheit hat die Patientin eine sehr positive, verklärt wirkende Erinnerung. Ein harter Schlag für die Familie sei es gewesen, als der Vater 1915 im Krieg gefallen sei.

Frau S. habe eine sehr starke Bindung an ihre Mutter gehabt und sei immer bei ihr geblieben. Eine Arbeit als Stenotypistin, der sie einige Jahre lang nachgegangen sei, habe sie überfordert. Mit Männern habe sie nie etwas gehabt,

um ihrer Mutter nicht weh zu tun. Erst als 1957 ihre Schwester gestorben sei, habe sie deren Witwer geheiratet. Die Ehe sei sehr glücklich, obwohl ihr Mann nun schon 83 Jahre alt sei. Sie sei gesellig und kulturell interessiert, gehe gern ins Konzert.

Krankheit: In der Familie seien keine psychischen Erkrankungen vorgekommen. Die Patientin habe schon früher manchmal an "Erschöpfungszuständen" gelitten. Vor zehn Jahren sei sie das erste Mal depressiv gewesen, für drei Wochen habe sie stationär behandelt werden müssen. Jetzt, Ostern 1974, seien die Störungen wiedergekommen, diesmal sei es schlimmer als vor zehn Jahren. 14 Tage vor unserer Untersuchung sei sie in die Klinik aufgenommen worden. Sie klagt über Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Durchschlafstörungen. Ihre Stimmung sei gedrückt, sie sei voller Sorgen, habe Bedenken, ob sie ihren Haushalt richtig versorgt habe. Jetzt gehe es ihr schon wieder besser, sie wolle nach Hause.

Das Krankenblatt schildert die Patientin als gehemmt. Bei der Aufnahme sei sie stark depressiv gewesen. Vor zehn Jahren sei sie mit ähnlicher Symptomatik gekommen. Damals habe sie geäußert, sie lasse ihren Haushalt verkommen. Sie sei ein schlechter Mensch und werde sich das Leben nehmen.

Bei der Untersuchung ist die psychische Leistungsfähigkeit der Patientin erhalten. Motorisch wirkt sie verlangsamt, Mimik und Gestik sind sparsam, die Sprache ist etwas monoton.

Denkstörungen zeigen sich nicht. Die Patientin überlegt sehr lange, bevor sie eine Frage beantwortet.

Tests: Die Befindlichkeitsskala füllt sie nur zögernd aus unter ständigen Hinweisen, daß es ihr schon wieder besser gehe. So ist der erreichte Punktwert von nur 3 mit großer Vorsicht zu interpretieren.

Angaben zur Suicidalität: Damals, ganz zu Anfang der ersten Phase, habe sie einmal an Selbstmord gedacht. Sie sei sehr erschrocken und habe sich bemüht, den Gedanken loszuwerden. Sie glaube auch nicht, daß sie zum Selbstmord fähig sei. Sie müsse immer an ihren Mann denken, der dann allein sei. Er müsse ohne sie auswärts essen gehen, das bekomme ihm nicht.

Beispiel 4

F. K., weiblich, evangelisch, geb. 1912, verheiratet seit 1942, 1 Sohn, Hausfrau, wohnhaft in P. (Kleinstadt).

Diagnose: Zykllothyme Depression, zweite Phase. Untersucht am 10.7.1974.

Vorgeschichte: Ihre Kindheit sei recht schön gewesen. Nur unter der Mutter habe sie manchmal gelitten, man habe ihr nie etwas recht machen können.

Als Kind sei sie recht verträumt gewesen. Vom 12. Lebensjahr an habe sie im Haus ihres Onkels

in einer Großstadt gelebt. Sie habe die Haushaltungsschule besucht und eine kaufmännische Lehre durchgemacht. Dann sei sie einige Jahre lang in verschiedenen Städten als Verkäuferin gewesen, um die Welt kennenzulernen. Sie sei überall gut zurecht gekommen.

Ihre große Leidenschaft seien stets die Gymnastik und die klassische Musik gewesen. Sie habe einige sportliche Wettkämpfe gewonnen. Ihren ersten Freund habe sie erst mit 28 Jahren kennengelernt, da ihre Eltern gegen Männerbekanntschaften gewesen seien. Mit 30 Jahren habe sie geheiratet. Die Ehe sei sehr glücklich. Auch mit dem Sohn, der Chemie studiert habe und gut verheiratet sei, habe sie nie Sorgen gehabt. Vor einigen Jahren habe sie sich mit ihrem Mann nach dessen Pensionierung in ein Haus in einem Schwarzwälder Kurort zurückgezogen. Sie fühle sich dort sehr wohl, habe viel Kontakt. Frau K. bezeichnet sich als tiefreligiös.

Krankheit: Die Familienanamnese ist unauffällig. Die erste Phase 1954 habe einige Monate gedauert und sei unter hausärztlicher Behandlung abgeklungen. Im Januar 1974 kamen die Beschwerden laut den Angaben der Patientin wieder. Als es nach drei Wochen noch nicht besser gewesen sei, habe sie der Hausarzt in die Nervenklinik eingewiesen.

Sie fühle ein Kribbeln am ganzen Körper, sei schwindelig, habe keinen Appetit. Ohne Tabletten könne sie fast gar nicht schlafen. Sie sei sehr traurig, müsse oft weinen. Fast ständig

werde sie von Angstgefühlen gequält. Sie habe an nichts mehr Interesse und sei gereizt. Oft träume sie, in einen tiefen Abgrund hinunterzufallen.

Bei der Untersuchung fallen im wesentlichen nur die gebundene Haltung, die sparsame Mimik und Gestik, die leise Sprache sowie der sorgenvolle Gesichtsausdruck auf.

Tests: Von den Testergebnissen ist vor allem der hohe Punktwert für die FPI-K-Skala "Nervosität" bemerkenswert.

Angaben zur Suicidalität: Sie habe noch nie an Selbstmord gedacht. Sie könne nie auf solche Gedanken kommen, weil sie so liebe Angehörige habe. Sie fühle sich geborgen. Ihr Mann brauche sie, er habe zwei linke Hände.

Wie wir dargelegt haben, kommt Eindrücken der Kindheit und Einflüssen des Elternhauses eine ganz entscheidende Rolle für das spätere Suicidrisiko zu. Die Bedeutung der Kindheit für die Entstehung des "präsuicidalen Syndroms" betont auch E. RINGEL (24).

Als wichtigen Schutzfaktor vor einer Selbstmordhandlung fanden wir sodann religiöse Bindungen. Auch damit stehen wir in Übereinstimmung zu früheren Untersuchungen (14, 2). Das völlige Fehlen von Wertbezügen bedeutet, wie auch E. RINGEL (24) angibt, eine besonders hohe Gefahr.

An vierter Stelle war eine positive Einstellung

zum Beruf geeignet, Selbstmordtendenzen entgegenzuwirken.

Gewisse positive Faktoren der Umgebung und der Vorpersönlichkeit vermögen also das an sich hohe Suicidrisiko des zykllothymen Kranken herabzusetzen. Umgekehrt erhöhen ungünstige prä-morbide Konstellationen dieses Risiko. Den besonders drastischen Fall eines im Leben oft zu kurz gekommenen Menschen zeigt Beispiel 5.

Beispiel 5

J. F., männlich, evangelisch, geb. 1926, in zweiter Ehe verheiratet seit 1958 nach Scheidung 1957, 2 Kinder, gelernter Installateur, jetzt Fabrikarbeiter, wohnhaft in R. (800 Ew.). Diagnose: Zykllothyme Psychose mit bipolarem Verlauf, zweite Phase. Untersucht am 3.7.1974.

Vorgeschichte: An den Vater könne er sich nicht erinnern, da die Eltern sich schon in seiner frühen Kindheit hätten scheiden lassen. Die Mutter, eine resolute Frau, habe ihre drei Kinder nur mit Schwierigkeiten aufziehen können, da es am nötigsten gefehlt habe. Der Patient habe schon als Kind Zeitungen austragen und damit Geld verdienen müssen. Zum Spielen habe er keine Zeit gehabt. Kontakt mit anderen Kindern habe er kaum gesucht, er sei am liebsten für sich allein gewesen.

Nach Volksschule und Installateurlehre habe er sich als begeisterter Nationalsozialist freiwillig zur Waffen-SS gemeldet. In der Einheit habe er sich aber oft zurückgesetzt gefühlt,

die Kameradschaft sei schlecht gewesen.

Während des Krieges habe er seine erste Mädchenfreundschaft gehabt. Das Verhältnis habe er aber bald wieder abgebrochen, da ihm die Freundin zu lebhaft gewesen sei.

Nach Krieg und französischer Gefangenschaft sei er zu seiner Mutter zurückgekehrt und habe als Hilfsarbeiter angefangen. Beruflich sei er nie mehr besonders vorwärts gekommen, er kontrolliere jetzt in einer Fabrik Maschinenteile. 1950 habe er ein Nachbarsmädchen geheiratet.

Die Ehe sei aber eine Katastrophe geworden. Ständig habe er seine Frau mit unbegründeter Eifersucht verfolgt, dauernd habe es Anlaß zu Streit gegeben. Schließlich habe es die Frau nicht mehr ausgehalten und sich scheiden lassen. Den Sohn, der inzwischen geboren war, habe sie zugesprochen bekommen. Ihn habe die Scheidung nicht allzusehr erschüttert, er sei wieder zu seiner Mutter zurückgekehrt. In der folgenden Zeit sei er recht unbeständig gewesen, habe auch oft den Arbeitsplatz gewechselt.

Nur ein Jahr nach der Scheidung habe er schon wieder geheiratet. Die zweite Ehe funktioniere recht gut, die Frau gebe den Ton an. Er fühle sich dabei wohl, sei auch stolz auf seinen Sohn. Er leide aber darunter, daß seine Frau mehr verdiene als er, denn am Geld liege ihm viel. Interessen habe er wenig, er kümmere sich auch nicht um Politik.

Krankheit: Die Familienanamnese ist unauffällig. Die Krankheit ist laut Krankenblatt im 45. Lebensjahr mit einer manischen Phase erstmals

manifest geworden, die damals nicht als solche erkannt wurde. Der Patient war in gehobener Stimmung, er feierte ohne Anlaß große Feste, bei denen er sich regelmäßig betrank, und gab unsinnig viel Geld aus. Seine Frau kümmerte sich um ihn, konnte auch erreichen, daß er ihr die Verwaltung des Geldes überließ. Nach einiger Zeit klangen die Erscheinungen von selbst wieder ab.

Im Januar 1974 setzte eine ausgeprägt depressive Symptomatik ein. Gleich zu Beginn der Erkrankung unternahm der Patient einen Suicidversuch. Deshalb wurde er in das Nervenkrankenhaus aufgenommen. Bei der Aufnahme war er laut Krankenblatt traurig verstimmt und antriebsgemindert, hatte an nichts Interesse, klagte über Schlaflosigkeit und Libidoverlust und machte sich Vorwürfe wegen seines Selbstmordversuches. Unter antidepressiver Medikation klangen die Symptome nach dem Bericht des Stationsarztes allmählich ab und machten in den letzten Tagen vor unserer Untersuchung einer hypomanischen Stimmungslage Platz.

Bei unserer Befragung war der Patient in seiner psychischen Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt und zeigte keine Denkstörungen. Er war redselig, wirkte munter und lebhaft. Bereitwillig beantwortete er alle Fragen, schweifete dabei oft ab. Er leugnete, je depressiv gewesen zu sein. Die Sprache war laut und gut artikuliert, Mimik und Gestik waren lebhaft.

Tests: Der Patient erreicht einen hohen Intelligenzwert im MWT-B (31 Punkte; IQ 110; PR 75).

Im FPI-K sind die Werte für Depressivität, Geminntheit und Neurotizismus im Kontrast zum Verhalten des Patienten hoch.

Angaben zur Suicidalität: Früher habe er nie an Selbstmord gedacht. Gleich zu Beginn der Verstimmung, nach wenigen Tagen schon, habe er die Idee gehabt, sich das Leben zu nehmen. Zum Arzt sei er nicht gegangen, weil er die Verstimmung damals nicht als Krankheit empfunden habe. Ohne viel zu überlegen, habe er Schlaf-tabletten genommen. Er habe damals nur noch daran gedacht, daß seine Frau mehr verdiene als er und das für ihn eine Schande sei. Seine Frau habe ihn gefunden und ins Krankenhaus bringen lassen. Sie sei sehr verständnisvoll gewesen. Er habe seine Tat sofort bereut. Heute verstehe er nicht mehr, wie es dazu gekommen sei. Er sei nicht mehr gefährdet, denn er werde jetzt mit jedem Problem fertig. Schließlich gehe es ihm ja viel besser als manchem anderen, bei dem man einen Selbstmordversuch verstehen könne. Angst vor dem Sterben habe er nicht.

Der Einfluß von Schutzfaktoren ist erwartungsgemäß um so geringer, je schwerer die Krankheit verläuft. Er ist auch herabgesetzt, wenn die Krankheit als besonders elementar empfunden wird, was sich im Fehlen pseudo-plausibler Erklärungsversuche für ihr Auftreten äußern kann. Einen Hinweis auf das drohende Versagen der Hemmfaktoren gibt die Aussage des Patienten, er habe keine Angst mehr vor dem Sterben.

In extremen Fällen, bei sehr schwer verlaufenden chronifizierenden Erkrankungen kann die Schutzwirkung krankheitsunabhängiger Faktoren auch ganz aufgehoben sein. Hier bestätigt sich das Wort H. GRUHLES (14), "dem Selbstmord der echten Psychose könne kaum jemand zuvorkommen, es sei denn mit dem ... Eingriff der Anstaltsinternierung." Wie weit die Anwendung stimmungsaufhellender Psychopharmaka seit den Zeiten H. GRUHLES einen Wandel herbeigeführt und den Großteil der Patienten dem Einfluß krankheitsunabhängiger Momente zugänglicher gemacht hat, kann in diesem Rahmen nicht näher untersucht werden.

Bei einem Vergleich der vorliegenden Untersuchung an Patienten mit einem Erkrankungsalter von mindestens 40 Jahren mit den Beobachtungen an Patienten, deren erste Phase schon in jüngeren Jahren lag, von G. STRASSER (33) ergibt sich, abgesehen von unwesentlichen Details, weitgehende Übereinstimmung. Auffallende Unterschiede ergaben sich nur an drei Stellen.

Der Einfluß der Kindheit und des Elternhauses auf die Suicidalität ist bei den älteren Patienten weit stärker. Eine Erklärung dafür steht aus. Möglicherweise gewinnen frühe Erlebnisse, die im mittleren Lebensalter hinter aktuellen Problemen zurücktreten, für ältere Menschen häufig wieder an Relevanz. Umgekehrt konnten wir für die älteren Patienten keinen Einfluß politischer Interessen oder der Einstellung zum Geld auf die Suicidalität finden. Für das Untersuchungsgut von G. STRASSER (33) bestand

dagegen ein solcher Zusammenhang.

Die Ausgestaltung der Krankheit war für das Ausmaß der Suicidtendenzen bei den älteren Patienten im Gegensatz zu den jüngeren nicht entscheidend. Wir nehmen an, daß die Krankheit umso weniger persönlichkeitsverändernd wirkt, je reifer und erfahrener der betroffene Mensch ist. Das Bild eines abgeklärten älteren Kranken vermittelt Beispiel 6.

Beispiel 6

J. S., männlich, katholisch, geb. 1898, verheiratet seit 1924, 3 Kinder, Rentner, wohnhaft in E. (Großstadt).

Diagnose: Zylothyme Depression, zweite Phase.
Untersucht am 10.10.1974.

Vorgeschichte: Der Patient erinnert sich, er sei ein lebhaftes Kind gewesen. Seine Mutter sei eine warmherzige Frau gewesen. Er sei gerne in die Schule gegangen, habe dann als Dreher gelernt. Nach dem ersten Weltkrieg habe er Arbeit als Angestellter in der Verwaltung gefunden. Seine Frau habe er mit 22 Jahren kennengelernt. Vier Jahre später habe er sie geheiratet. Die Ehe sei glücklich, in 50 Jahren habe es nie einen ernsthaften Streit gegeben. Auch mit seinen Kindern habe er einen guten Kontakt. Von 1945 bis 1963 habe er noch als Pförtner gearbeitet, jetzt sei er Rentner. Er sei ständig mit seiner Frau zusammen, habe auch noch gute Freunde. Er fühle sich außerhalb der Krankheit sehr wohl.

Krankheit: Die Krankheit sei 1957 zum ersten Mal gekommen, habe damals etwa drei Monate angehalten. Vor acht Wochen habe jetzt die zweite Phase begonnen, er sei dann gleich in die Nervenklinik gegangen. Er empfinde eine starke innere Unruhe, fühle sich kraftlos, habe allerlei körperliche Beschwerden. Er gibt Tagesschwankungen des Befindens an.

Das Krankenblatt berichtet, der Patient sei depressiv verstimmt mit betonten vegetativen Beschwerden. Bei der Untersuchung wirkt der Patient müde und etwas bedrückt. Im übrigen ist sein psychischer Zustand unauffällig, die Leistungsfähigkeit ist in Anbetracht des hohen Alters erstaunlich gut erhalten.

Tests: Von den FPI-K-werten sind die hohen Punktzahlen für Gelassenheit und Extraversion hervorzuheben.

Angaben zur Suicidalität: Er sei nicht verzweifelt, es werde schon wieder gut werden, man müsse nur Geduld haben. Er habe schon viel im Leben überstanden. Daher habe er auch jetzt nicht an Selbstmord gedacht. Bei einem jungen Mann könne er Selbstmordgedanken wegen enttäuschter Liebe verstehen. Das habe er einmal bei einem Kameraden erlebt. Er habe diesen damals zurückgehalten und ihn davon überzeugt, daß es noch mehr schöne Mädchen auf der Welt gebe.

Abschließend sollen noch einige kritische Anmerkungen zur Brauchbarkeit der verwendeten Tests für unsere Fragestellung gemacht werden. Der MWT-B der Arbeitsgruppe um S. LEHRL (18) erwies sich als einfach durchführbar und ermöglichte eine rasche Orientierung über das Intelligenzniveau unserer Patienten.

Auf der Befindlichkeitsskala nach D. v. ZERSSEN (40) wirkten die Angaben einiger Patienten unglaubwürdig. Sie vermuteten trotz unserer Erklärungen, ihre Entlassung werde von den Untersuchungsergebnissen abhängen. Daher dissimulierten sie im Test ihre Beschwerden. Dieses Vorgehen wurde ihnen durch die Testkonstruktion erleichtert. Zudem versagt der Test, wie von ähnlichen Verfahren schon länger bekannt (etwa für die Risikoliste nach W. PÖLDINGER (22) durch H. FADRUTT (21)), häufig gerade bei schweren Depressionen und damit hoher Gefährdung. So verwunderte es uns nicht, daß die Testergebnisse weder mit den nach klinischen Gesichtspunkten ermittelten Schweregraden noch mit der Suicidalität fassbar korrelierten.

Das FPI-K wurde von einigen unserer Patienten, die stark antriebsgestört waren, wegen seiner Länge nicht oder nur widerwillig bearbeitet. Einige Fragen sind so formuliert, daß vor allem ältere Patienten und solche aus ländlichen Gegenden nichts damit anfangen können. Wir wurden während der Testbearbeitung immer wieder darauf angesprochen. So hatten manche nie "mit Vorgesetzten oder bedeutenden Menschen"

(Item 43) zu tun, konnten sich keine "gemeinsamen Unternehmungen" vorstellen, bei denen sie "die Führung übernehmen" sollten (Item 63) oder waren es nicht gewöhnt, "abends auszugehen" (Item 2). Trotz dieser Einwände können wir feststellen, daß das FPI-K den daran geknüpften Erwartungen entsprochen hat.

Doch hat die Anwendung der Tests für unsere Fragestellung keine zusätzlichen Informationen gebracht. Die für den Suicidimpuls verantwortlichen Faktoren erfuhren wir durch die Anamnese und den klinischen Eindruck.

C. Schlußbemerkung

In der vorliegenden Arbeit mußten wir uns an manchen Stellen mit Hinweisen zufrieden geben. Nicht immer konnten wahrscheinliche Zusammenhänge statistisch exakt bewiesen werden. Die Zahl von 50 Patienten war dafür zu klein. Zudem sind die Beziehungen zwischen den einzelnen Merkmalen so komplex, daß ein Nachweis mit einfachen statistischen Methoden gelegentlich mißlingt.

Dennoch ergeben sich aus unseren Befunden, wie wir glauben, wesentliche Konsequenzen für die Praxis:

1. Bei jedem zylothymen Kranken ist mit einer potentiellen Selbstmordgefährdung zu rechnen. Davon sollte der behandelnde Arzt ausgehen.
2. Die Realisierung von Selbstmordtendenzen wird weitgehend durch das Werterleben des Patienten und seine Umweltbeziehungen bestimmt. Diese Faktoren müssen bei der Behandlung zylothymen Patienten berücksichtigt werden. Insbesondere ist die Einbeziehung der Familie in die Therapie geboten. Sie kann in manchen Fällen wohl die stationäre Aufnahme, die von einigen Patienten als belastend empfunden wird, verzichtbar machen.
3. In schweren Krankheitsfällen, in denen Schutzfaktoren der Persönlichkeit zu versagen drohen, kommt nur die intensive stationäre Therapie als Suicidprophylaxe in Frage.
4. Eine wirksame Suicidprophylaxe im Einzelfall ist nur möglich, wenn der behandelnde Arzt

im vertrauensvollen Gespräch mit dem Patienten ein umfassendes Bild über Persönlichkeit und Krankheit gewinnt und dabei das Thema der Suicidgefährdung nicht ausklammert.

Zusammenfassung

50 Patienten, bei denen nach Vollendung des 40. Lebensjahres zylothyme Depressionen aufgetreten waren, wurden zu ihrer Lebensgeschichte, ihren Wertbezügen, der Krankheit und etwaigen Suicidtendenzen befragt. Anschließend wurden Intelligenz, Tiefe der Depression und ausgewählte Persönlichkeitsmerkmale testpsychologisch erfaßt.

Die Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Vorpersönlichkeit und der Umwelt sowie der Krankheit einerseits und dem Ausmaß der Suicidtendenzen andererseits wurden statistisch überprüft und kasuistisch belegt.

In der überwiegenden Zahl der Fälle (82 %) traten Suicidtendenzen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erkrankung auf. Ob diese Tendenzen zu Selbstmordhandlungen führten, hing weniger von Einzelheiten des Krankheitsverlaufes als von der Vorpersönlichkeit und den Umweltbeziehungen ab. Insbesondere verhinderten häufig eine harmonische Kindheit, eine intakte Ehe und tiefer Glaube die Ausführung von Suicidhandlungen. Diese Schutzwirkung versagte, wenn die Krankheit sehr schwer verlief.

Als Forderung an den behandelnden Arzt werden die eingehende Auseinandersetzung mit der Suicidgefährdung und die Berücksichtigung der Schutzfaktoren bei jedem zylothymen Kranken abgeleitet.

Literaturverzeichnis

- (1) ADLER, A., Der Sinn des Lebens,
Frankfurt am Main 1973
- (2) BÖCKER, F., Suizide und Suizidversuche
in der Großstadt, Stuttgart 1973
- (3) BÖCKER, F., Selbstmordhandlung und
Lebensalter, in: Klinikarzt 2 (1973),
26 - 34
- (4) BÖCKER, F., Suizidhandlungen alter Men-
schen, in: Münch. med. Wschr. 117 (1975),
6, 201 - 204
- (5) BÖCKER, F., Die zylothyme Depression im
höheren Lebensalter, in: Med. Welt 17
(N. F.) (1966), 494 - 495
- (6) BUMKE, O., Lehrbuch der Geisteskrank-
heiten, 5. Aufl., München 1942
- (7) DE BOER, W., Neuere Arbeiten über Psycho-
logie und Psychopathologie des Selbstmor-
des und der Selbstbeschädigungen, in:
Ftschr. Neur. Psychiat. 17 (1949), 483 - 503
- (8) CHOWDHURY, N. et al., Evaluation of an
After - Care Service for Parasuicide
(Attempted Suicide) Patients, in: Social
Psychiatry 8 (1973), 67 - 81
- (9) D'ELIA, G. und C. PERRIS, Selbstmordver-
suche im Laufe unipolarer und bipolarer
Depressionen, in: Arch. Psychiat. Ner-
venkr. 212 (1969), 339 - 356
- (10) DOTZAUER, G., H. GOEBELS und H. LEGEWIE,
Selbstmord und Selbstmordversuch, in:
Münch. med. Wschr. 105 (1963), 973

- (11) ELOZO, E. P., Suitsidalnye tendentsii pri depressivnykh psikhosakh pozdnego vozrasta, in: Zurnal nevropatologii psikiatrii imeni 73, 431 - 434. Moskva 1973
- (12) FAHRENBERG, J., H. SELG und R. HAMPEL Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, Göttingen 1973
- (13) GREGER, J., Zur Suizidgefährdung Endogen-Depressiver, in: Psychiat. Neurol. Basel, 145 (1963), 279 - 292
- (14) GRUHLE, H. W., Selbstmord, Leipzig 1940
- (15) JASPERS, K., Allgemeine Psychopathologie, 9. Aufl., Berlin 1973
- (16) KINKELIN, M., Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins, in: Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 73 (1954), 100 - 146
- (17) KROME, J., Klinik, Verlauf und Prognose der Zykllothymie mit der ersten Phase zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr, Diss., Köln 1972
- (18) MERZ, J., S. LEHRL, V. GALSTER und H. ERZIGKEIT, MWT-B, ein Intelligenzkurztest, in: Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig 27 (1975), 423 - 428
- (19) MATUSSEK, P., A. HALBACH und U. TROEGER (Hsg.), Endogene Depression, München und Berlin 1965
- (20) NISKANEN, P. und F. RATH, Wandlungen in der Thematik depressiver Psychosen, in: Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig 26 (1974), 332 - 343

- (21) PADRUTT, H. Die Abschätzung der Suizidalität- Überprüfung der praktischen Brauchbarkeit einer Risikoliste (W. Pöldinger) zur Abschätzung der Suizidalität in: Schweiz. Rundschau f. Medizin, 59 (1970), 403 - 414
- (22) PÖLDINGER, W., Die Abschätzung der Suizidalität, Bern und Stuttgart 1968
- (23) RINGEL, E., Der Selbstmord, Wien und Düsseldorf 1953
- (24) RINGEL, E., Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem, Wien 1961
- (25) RINGEL, E., Angst und Suizid, in: Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochirurgie und Psychiatrie 110 (1972), 143 - 150
- (26) RINGEL, E., Selbstmordverhütung, Bern, Stuttgart und Wien 1969
- (27) RÜDIN, E., Über Vererbung geistiger Störungen, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 81 (1923), 459 - 496
- (28) RÜEGSEGG, P., Selbstmordversuche, in: Psychiat. Neurol. Basel 146 (1963), 81 - 104
- (29) SACHS, L., Statistische Auswertungsmethoden, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg und New York 1973
- (30) SCHNEIDER, K., Klinische Psychopathologie, 7. Aufl., Stuttgart 1966
- (31) SIEGMUND, G., Selbstmordgefährdung alter Menschen, in: Geriatrie 5 (1975), 8 - 12
- (32) STENGEL, E., Selbstmord und Selbstmordversuch, Stuttgart 1969
- (33) STRASSER, G., Zyklotyme Depression und Suizidalität - Untersuchungen an Patienten mit Erkrankungsbeginn vor dem 40. Lebensjahr, Diss. Erlangen 1976

- (34) WEISSMAN, M. M. et al., Suicide Attempts in an Urban Community, 1955 and 1970, in: Social Psychiatry 8 (1973), 82 - 91
- (35) WEITBRECHT, H. J., Psychiatrie im Grundriß, Berlin, Göttingen und Heidelberg 1963
- (36) WELLMÖFER, P. R., Suizid und Suizidversuch: Theorien, Ergebnisse und Möglichkeiten der Prophylaxe in: Psychol. Rundschau 25 (1974), 205 - 221
- (37) WIECK, H. H., Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 1967
- (38) WIENDIECK, G., Zur appellativen Funktion des Suizidversuchs, Diss., Köln 1972
- (39) WIENDIECK, G. und C. BESOZZI, Forschungsprojekt: Alterssuizid, 2. Forschungsbericht, Manuskript, Köln 1971
- (40) V. ZERSEN, D., D. M. KOELLER und E. R. REY, Die Befindlichkeitsskala (B-S) - ein einfaches Instrument zur Objektivierung von Befindlichkeitsstörungen, in: Arzneimittelforschung (Drug Research) 20 (1970), 915 - 918
- (41) ZIESE, P., Broken home, Suicid, erweiterter Suicid bei endogener Depression, in: Social Psychiatry 3 (1968), 70 - 75

Copy-Center 2000

852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197